LE TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTERUS

PAR

Mme Rosalie BOGRADE

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

GENÈVE

IMPRIMERIE SUISSE *(C.-E. Alioth)*, RUE DU RHONE, 22

1889

LE TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTERUS

PAR

Mme Rosalie BOGRADE

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

GENÈVE

IMPRIMERIE SUISSE *(C.-E. Alioth)*, RUE DU RHONE, 22

1889

PRÉFACE

Avant de commencer l'exposé de ce travail, je réclame toute l'indulgence, qu'on peut accorder à une personne qui n'écrit pas dans sa langue maternelle.

Qu'il me soit permis d'adresser ici à mon honoré maître, M. le professeur Vaucher, l'expression de ma vive gratitude pour les conseils si autorisés qu'il m'a toujours prodigués.

Je dois aussi remercier bien vivement M. Reber, ex-pharmacien en chef de l'Hôpital Cantonal de Genève, pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à ma disposition les préparations nécessaires au traitement que j'ai pratiqué, pour arriver aux conclusions qui forment le couronnement de mon travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30583238

LE TRAITEMENT
DU
CANCER DE L'UTERUS

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le cancer est, on ne peut le nier, un des plus grands fléaux de l'humanité.

Les médecins, désespérant d'arriver à une méthode de guérison radicale, se résignent à recourir aux remèdes qui soulagent sans guérir. Cette maladie est incurable. Tel est le fait que nous constatons en étudiant la thérapeutique du cancer, depuis l'antiquité jusqu'à notre époque.

Hippocrate est le premier (1) qui a rassemblé, sous la dénomination de carcinoma, καρκινος, une série de tumeurs et d'ulcérations qui ne manifestaient aucune tendance à la guérison; mais, comme dit Littré: « il ne faut pas prendre « καρκινος dans le sens anatome-pathologique des moder-

(1) Alberts. *Das Carcinom, in historischer und experimental-pathologischer Beziehung*, p. 10.

« nes, il signifie toute ulcération ne marchant pas à la « guérison. »

Hippocrate fait une distinction entre le cancer occulte et le cancer avéré ; il conseille (1) de ne pas toucher au premier, car tout traitement ne ferait qu'accélérer la mort du malade, qui peut vivre encore longtemps, si on le laisse en repos.

Dans les cas, où le cancer est soupçonné, Hippocrate emploie des remèdes dont la préparation est la suivante : « Piler l'intérieur d'un concombre sauvage avec un rayon « de miel, verser une cotyle d'eau et injecter dans le fon- « dement, cela purge (2). »

Le même traitement peut être modifié en prenant l'intérieur d'une courge, etc. (3). Pour certains cas les caustiques ont, selon Hippocrate, une grande valeur, mais la cautérisation doit être appliquée le plus radicalement possible.

Cornelius Celsus (30 ans avant — 38 après J.-C.) était déjà plus avancé. Il donne plus d'exactitude à la dénomination ; c'est lui qui, le premier, fait une distinction entre le cancer occulte dur et le cancer mou (4). Il distingue aussi les ulcérations simples des malignes. Si on réussit, dit-il, par le cautère actuel ou potentiel, ou par le bistouri, non seulement à guérir mais à empêcher le mal d'empirer, il ne s'agit pas d'un cancer.

« Avec des soins, dit Celse (5), on peut adoucir les ca- « ractères du *carcinoma*, mais il faut se garder de l'irriter :

(1) Hippocrate. Aphorismes, section 6, aph. 36.
(2) Œuvres complètes d'Hippocrate, XVIII, chapitre 159, Cancer.
(3) Ibid.
(4) Alberts, p. 12.
(5) Ibid. p. 18.

« on le combat avec les caustiques, le fer rouge et le bis-
« touri ; mais toutes ces méthodes ne sont d'aucune utilité
« parce que la maladie ne fait qu'empirer après la cautéri-
« sation et on la voit d'ordinaire récidiver après l'extirpa-
« tion, même après la formation de la cicatrice et conduire
« le malade plus rapidement à la mort qu'il n'y serait allé
« sans l'opération (1). »

Ennemi d'un traitement irritant quand la maladie est avancée, Celse conseille d'y recourir lorsqu'on a affaire à un cancer à son début. On doit commencer le traitement par les poudres ou liniments, dans la composition desquels entrent différentes substances comme : la myrrhe, l'encens, le vitriol, l'orpiment, la noix de galle, la céruse brulée, etc.

Si ces remèdes échouent, alors il faut recourir à la cautérisation ou à l'extirpation si le néoplasme est accessible (2).

La nature maligne et constitutionnelle du cancer a frappé Gallien, qui l'attribue à l'atra-bilis.

La généralisation du carcinome lui était aussi connue ; selon lui elle avait lieu le long des veines. Quant au traitement il faut commencer, selon Galien, par des remèdes généraux pour détruire cet atra-bilis, qui est la cause de la maladie. Les purgatifs occupent la première place ; loin d'être partisan de l'intervention chirurgicale, il trouve lors même nécessaire d'y recourir dans certains cas, car le polype cancéreux, selon lui, n'était pas simplement formé d'éléments vicieux du sang, mais il possède lui même des propriétés malignes. Galien opérait avec le bistouri, tordait

(1) Teallier. *Du cancer de la matrice.*

(2) Traductions des ouvrages d'Aurellius Cornellius Celsus sur la médecine, par Ninnin. Tome I, p. 474 et T. II.

les veines et cautérisait la plaie pour arrêter l'hémorragie et aussi pour détruire la racine de la tumeur maligne (1).

Après la mort de Galien suit une période relativement calme dans la science médicale, période pendant laquelle ses théories dominent les esprits des médecins célèbres.

Selon les médecins du moyen-âge, le cancer doit être extirpé si c'est possible, si non on doit se contenter du traitement palliatif.

Ambroise Paré (2), le célèbre médecin de Montpellier (1517-1590) était encore sous l'influence des idées de Galien. « Cancer ab atra-bili » disait Galien. « Le cancer est fait de mélancolie » répétait Ambroise Paré. Admettant l'incurabilité du cancer ou du moins la grande difficulté de le guérir, « car c'est une très mauvaise maladie en son genre, » il distingue, quant au traitement, le cancer non ulcéré, ulcéré et le cancer occulte; dans le dernier cas pas d'intervention chirurgicale, il faut éviter aussi les caustiques, car leur emploi peut aggraver la maladie, ce qui est prouvé encore par Hippocrate. Agir dans ce cas par des remèdes « doux, bénins. »

« Le cancer au début, dit Paré, se guérit souvent, en « ordonnant des médicaments qui purgent l'humeur mélan- « colique, en faisant la saignée, si l'âge et les forces le « permettent, évitant aussi toutes choses qui engendrent « cette humeur épaisse, limonneuse » (3). La diète, selon le même auteur, a une grande influence sur la marche de la maladie. « Eviter toutes choses qui échauffent le sang; « se servir des substances qui refroidissent, humectent :

(1) Galeni. *Methodus Medendi,* Th. Linacro, interprète, Paris, 1548. Chapitre 14, cité par Alberts.

(2) Œuvres d'Ambroise Paré, chap. XXVIII.

(3) Œuvres d'Ambroise Paré.

« viandes blanches et légumes légèrement laxatifs, comme « chicorée, laitue, etc. »

Pas de topiques, ni de substances irritantes, car les ulcérations cancéreuses deviennent sous leur influence très malignes. Si le néoplasme est accessible et bien limité, alors le mieux est de recourir au cautère ou au bistouri.

Le manuel opératoire était celui de Galien légèrement modifié (1).

Quant au cancer de la matrice, il est, selon Ambroise Paré, incurable, parce qu'on ne peut ni l'extirper ni appliquer les remèdes appropriés ; par conséquent il ne reste que « la cure palliative, pour adoucir la fureur, combattre la « douleur, afin d'empêcher les accidents. »

Les idées d'Ambroise Paré dominent les esprits pendant le XVIIe siècle. A la fin de cette époque nous trouvons dans le livre de Rivière, *Pratique de médecine*, les mêmes idées sur l'étiologie et le traitement du cancer. Dans l'article : « Cancer de la matrice », l'auteur dit : « Touchant le « pronostic, il suffit de prononcer que le cancer est incu- « rable, soit-il ulcéré ou non, ce qui est aussi véritable de « tout cancer, en quelle partie du corps qu'il puisse être, « c'est pourquoi à plus forte raison, il faut le croire, de « celui qui occupe la matrice, à cause de la continuelle af- « fluence de l'ordure, des superfluités qui se jettent sur « cette partie (2). »

Le traitement général comme : la saignée du bras, l'ouverture des hémorroïdes, les potions, les apozèmes, le lait,

(1) Œuvres d'Ambroise Paré, chap. XXVI.

(2) *La pratique de médecine* de Lasarre Rivière. Article : “ Cancer de la matrice. „

le petit lait, est indiqué pour évacuer « l'humeur mélancolique, atrabiliaire. »

Eviter les irritations, user du traitement astringent, raffraîchissant (1).

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, on s'occupait peu de la question du cancer, les théories de Galien et d'Ambroise Paré dominaient encore. Mais la fin du XVIIIe et la première moitié du XIXe siècle sont caractérisées par une forte recrudescence d'intérêt à l'égard du cancer. Plusieurs travaux s'occupant de l'étiologie et du traitement des maladies cancéreuses apparaissent.

En 1773, l'Académie des sciences des Belles-Lettres et des Arts de Lyon, décerne une double couronne au mémoire de Peyrilh sur le cancer. Depuis cette époque plusieurs sociétés nationales et étrangères ont mis au concours cette grande question pathologique.

En 1830, la Société de médecine de Bordeaux a proposé le même sujet pour concourir à son prix (2).

Ajoutons que le travail que nous venons de citer a remporté celui de la Société de médecine de Lyon pour le meilleur travail sur le cancer de la matrice.

Avec la dissertation sur le cancer du Dr Peyrilh, commence une nouvelle ère et de nouvelles idées sur l'étiologie du cancer. L'auteur considère le cancer comme une maladie locale, qui devient constitutionnelle à la fin de son évolution, et seulement dans certaines conditions, ce qui est en plein désaccord avec les idées qui faisaient du cancer une maladie constitutionnelle, idées qui dominaient depuis l'antiquité jusqu'à notre époque.

(1) *La pratique de médecine.*

(2) Teallier. *Du cancer de la matrice.*

Peyrilh admet quatre degrés de développement du cancer, la curabilité de la maladie au premier dégré et au commencement du second ; il faut dans ce cas « rétablir « l'écoulement des règles ou des hémorroïdes, combattre la « viscosité, la stase des humeurs, ainsi que le relachement « des solides par les délayants, les émollients, les atté- « nuants, les stimulants, les évacuants, la diète, l'exer- « cice. »

Ce traitement qui convient bien au début du cancer, quand l'organe n'a pas encore perdu son organisation, est sans efficacité quand le cancer devient adulte : à cette époque les vaisseaux étant oblitérés, les remèdes ne parviennent pas à agir sur les tissus cancéreux et l'auteur conclut: « toute guérison du cancer qui a pour but le retour de la « partie cancéreuse à l'état sain, si on excepte celui du « premier degré et du second, au commencement, est non « seulement vaine mais même absurde (1). »

Repoussant énergiquement tous les spécifiques contre le cancer, Peyrilh admet un traitement général, antiphlosgistique: la saignée selon la méthode de Valsalva (quatre fois par année : deux fois en automne, deux fois au printemps) doit être utilisée (2).

Quant au traitement chirurgical, Peyrilh repousse vivement les suppuratifs, les caustiques, le fer rouge ; tous ces modes de traitement, selon l'auteur, commencent à être abandonnés; reste l'amputation avec le bistouri, qui, selon Peyrilh, doit être largement utilisée, même dans les cas où le cancer primitif a déjà donné lieu aux metastases.

Comme contre indications, pour l'opération radicale, l'au-

(1) Peyrilh. *Dissertation sur le cancer*, p. 80.
(2) Peyrilh. *Dissertation sur le cancer*.

teur cite : le siège caché du cancer (matrice, estomac, etc.), immobilité absolue de la tumeur, douleur fort aigue « car « dans ces cas le cancer s'est emparé de toute l'économie (1). »

Comme traitement palliatif, qui est uniquement applicable au quatrième degré de la maladie, l'auteur préconise le gaz sylvestre (carbonique).

Si nous nous sommes longtemps arrêté à l'analyse du mémoire de Peyrilh, c'est qu'il nous a semblé bien caractériser l'époque. Nous voyons que la cure radicale du cancer était tenue comme impossible et la hardiesse des chirurgiens n'allait pas au delà d'une amputation du sein avec extirpation des glandes cancéreuses.

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales* paru en 1812, nous trouvons ceci de Bayle et Cayole sur le cancer de la matrice: « Considérant tous les faits de guérison de cancer, « soit par l'irrigation continue du col utérin, préconisé par « Alibert, soit par des émissions sanguines, comme résul- « tat d'erreur de diagnostic, les auteurs de cette étude ad- « mettent l'incurabilité du cancer à tous les degrés, qu'on « applique le traitement médical ou chirurgical non opéra- « toire. ».

L'amputation du col cancéreux ou l'enlèvement total de l'utérus serait l'unique moyen de salut, mais à cette époque cette amputation était une opération à l'état embryonnaire ; quelques succès opératoires obtenus par Osiander, professeur de chirurgie à Gœttingue, permettaient cependant de croire à un grand avenir pour l'opération.

L'hystérectomie totale pour le cancer de l'utérus n'était

(1) Peyrilh. *Dissertation sur le cancer.*

pas encore connue et les quelques observations d'extirpation totale de l'utérus publiées portaient les caractères d'entreprises de hasard et étaient faites sans méthode opératoire. Le traitement chirurgical non opératoire a fait à cette époque un grand pas en avant, grâce à Recamier, qui « est « parvenu à porter différentes substances médicamenteuses « immédiatement sur l'ulcère, à l'aide d'un pinceau con- « duit dans un tube de gomme élastique ou de métal, qui « écarte les parois du vagin et embrasse, dans son orifice « supérieur, toute la partie saillante du col de l'utérus. » Nous voyons que le speculum vaginal était à cette époque une invention toute récente.

Quant au traitement médical, plusieurs remèdes, d'un grand intérêt théorique et pratique pour cette époque, étaient proposés, entre autres, Alibert préconisait des irrigations continues sur le col par des décoctions émollientes, narcotiques et même d'eau pure. Le Dr Chrestien, de Montpellier, louait les frictions avec l'oxyde d'or sur la face interne des lèvres de la vulve.

Selon Bayle et Cayole, les saignées et les sangsues, appliquées à la vulve et à la place interne des cuisses, ont une certaine utilité chez les personnes pléthoriques atteintes de cancer. Ces auteurs n'admettent pas la possibilité de guérir le cancer par des saignées périodiques, comme croyait Valsalva.

Le traitement médical comporte une grande quantité de substances médicamenteuses, parmi lesquelles l'extrait de ciguë, le verdet ou acétate de cuivre, qui entrait dans la composition de plusieurs remèdes renommés « spécifiques contre le cancer », occupaient la première place (remède de Gamet, pilules de Gerbier, etc.).

Depuis cette époque nous remarquons un progrès continu dans l'art de traiter le cancer utérin.

Les cas d'amputation du col utérin pour cancer augmentent et Lisfranc, dans un mémoire lu à l'Institut, le 2 Juin 1834, compte 84 guérisons sur 99 opérations d'amputation du col pour cancer et autres ulcérations n'ayant pas de tendance à la guérison et amenant à la longue un épuisement notable de la malade (1).

L'hystérectomie totale qui, au commencement du XIXe siècle, était une opération de hasard, qui se faisait sans méthode, comme un simple arrachement, a subi une certaine perfection grâce à Sauter, médecin de Constance, qui l'a pratiquée en 1822, Blundell, professeur d'accouchement à l'hôpital de Guy (Angleterre). Récamier pratiqua cette opération avec succès en 1821 (2).

Notre historique du traitement du cancer ayant déjà atteint des proportions plus grandes que celles que nous avions l'intention de lui donner, nous nous contenterons d'ajouter, pour finir, que jusqu'aux dix dernières années la question de l'étiologie et du traitement des maladies cancéreuses en général et du cancer de l'utérus en particulier, se trouvaient dans un état stationnaire.

Quant à l'état actuel de la question c'est le but principal de notre travail.

(1) Teallier. *Du cancer de la matrice.*

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, abrégé.

CHAPITRE DEUXIÈME

Etiologie.

Les efforts pour découvrir la cause du cancer restèrent aussi vains que les tentatives de le guérir.

Rebelle à se résigner à l'impuissance, nous voyons, par ci par là, notre profession se raccrocher à quelque conception méthaphysique, qui lui donne des consolations et des espérances de courte durée.

L'atrabile d'Hippocrate; l'atrabile acide de Galien; la lymphe coagulée devenue acide de Boerhave ont successivement disparu comme explications de la cause pathogénique du cancer.

A notre époque la tendance est de tout expliquer par le microbe.

Pour le moment la nature microbienne du cancer est une hypothèse, mais une hypothèse féconde qui stimule énormément la science et peut-être sommes-nous à la veille d'une grande découverte. Cette question à l'ordre du jour, dans la littérature médicale actuelle, présente un si grand intérêt scientifique et pratique, que je ne crois pas mal faire en présentant ici un résumé plus ou moins sommaire des différents travaux traitant de la nature microbienne du cancer.

La nature infectieuse de la maladie a dernièrement frappé plusieurs observateurs. Effectivement, plusieurs considérations parlent en faveur de cette hypothèse, par exemple, le mode de généralisation du cancer le long des vaisseaux, ses métastases analogues aux métastases pyhémiques, la similitude d'allure entre le carcinose miliaire et la tuberculose miliaire, quelques faits qui semblent prouver le développement du cancer par le contact, les expériences de Langenbeck, Follin, Lebert, Goujon et Quinquaud qui injectaient du suc cancéreux dans les veines des animaux; or dans sept cas ces expérimentateurs ont obtenu des carcinomes généralisés ou localisés dans un organe (1).

Tous ces faits soulèvent naturellement la question de savoir si le carcinome comme la tuberculose n'a pas pour cause un organisme vivant, un microbe. En 1886, dans la *Gazette médicale de Nantes*, le Dr Rappin a communiqué qu'il avait trouvé des diplococcus dans les tumeurs cancéreuses ; ce sujet fut développé plus tard par l'auteur dans son travail: *Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes.* Rappin a réussi à faire quelques cultures de ces micro-organismes et il a démontré leur existence dans le tissus carcinomateux, il prétend même avoir, à la suite d'inoculation de ces microbes aux animaux, obtenu des modules cancéreux (2).

Des résultats encore plus intéressants ont donné les expériences de M. le Dr Scheurlen (3). Il expérimenta avec

(1) Ledoux-Lebard. Archives générales de médecine, Av. 1885. Alberts: *Das Carcinom*, p. 179.

(2) *Centralblatt für Bacteriologie*, 1888, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 10.

(3) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 48.

10 carcinomes du sein et leurs glandes, pris immédiatement après l'extirpation. De chaque pièce il faisait 20 cultures dans du liquide sereux provenant d'une pleurésie sereuse, d'une hydrocèle et d'un ascite.

Le liquide était, selon les préceptes de Koch, stérilisé pendant cinq jours et soumis le sixième à la température de 80-90°, qui amenait sa coagulation. Les cultures étaient soumises à une température constante de 39°. Au bout de trois jours, la surface du serum se couvrait d'une peau incolore, qui, après plusieurs jours, devenait brunâtre.

A l'examen microscopique, Scheurlen a trouvé dans cette membrane des bacilles de 0,5 μ de largeur et de 1,5 μ — 2,5 μ de longueur et des corps ovoïdes brillants avec un reflet verdâtre.

Scheurlen prend ces derniers pour des spores. Les bacilles et les spores sont doués de mouvements moléculaires propres. Dans les cultures secondaires faites sur l'Agar (gélatine et pomme de terre), l'expérimentateur a observé les mêmes bacilles et spores.

Les inoculations du liquide de culture dans les glandes mammaires du chien, ont donné lieu à des tuméfactions, dans lesquelles l'examen microscopique a démontré une forte prolifération cellulaire ; en certains endroits ces cellules méritaient bien le nom de cellules épithéliales. On y constatait distinctement les spores trouvés dans les carcinomes (1).

Les travaux de Scheurlen ont provoqué un grand intérêt, plusieurs expérimentateurs ont répété ses expériences, en suivant plus ou moins strictement sa méthode ; la litté-

(1) Loc. cit.

rature médicale périodique s'est ainsi enrichie d'une série de publications bien intéressantes.

Perrin Barnabei et Sanarelli sont arrivés à des conclusions analogues à celles de Scheurlen ([1]). Nous citerons encore Lampiasi ([2]), qui dit avoir trouvé dans les tumeurs malignes un bacille spécifique, et Franke, qui affirme avoir trouvé un bacille dans le sang des personnes affectées de carcinome et sarcome.

Nous ajouterons encore ici qu'indépendamment des expériences de Scheurlen, le Dr Schill, dans une lettre adressée à la Société de médecine de Berlin, communique la découverte de microbes en batonnets dans le carcinome et sarcome; un certain temps aprés la publication des expériences de Scheurlen, le Dr Domingos Freire, de Rio de Janeiro, réclamait la priorité de la découverte des microbes du cancer.

Après ce court résumé de travaux qui sont favorables à l'existence d'un microbe spécifique du cancer, nous voulons dire quelques mots des objections faites à cette théorie, et des expériences qui ont donné des résultats négatifs.

C'est un fait inconnu dans la pathologie et la bactérologie, disent les adversaires de cette hypothèse, qu'un microorganisme provoque la formation d'un néoplasme hétéroplastique : les bacilles de la tuberculose et les microbes de l'actinomycose, en irritant les tissus, donnent lieu au développement de tissus homologues, comment dès lors expliquer la formation des métastases cancéreuses dans les en-

([1]) Makara. *Untersuchungen über die Ætiologie des Carcinoms, Deutsche med. Wochenschr.*, n° 31.

([2]) Lampiasi. *Ueber die parasitäre Natur der Krebsgeschwülste. Deutsche med. Wochenschr.*, März 1888.

droits où on ne trouve pas normalement de tissu épithélial? Peut-on comprendre cela, si on n'admet pas que le microbe ou l'agent infectieux est en rapport avec les noyaux cellulaires, ou les nucléoles de la tumeur primitive; dans ce cas c'est le microbe ajouté à la cellule ou la cellule infectée qui est l'agent de l'infection (1). Autres objections: Jusqu'à présent les expérimentateurs n'ont pas réussi dans leurs inoculations du virus cancéreux, et les résultats des transplantations étaient négatifs: « Les injections intraveineu-
« ses ont donné des phlegmasies, des embolies septiques
« ou simples et le plus souvent rien du tout, d'où l'opinion
« de Cruveillier, Nelaton et autres, qui pensaient que le
« suc cancéreux était détruit dans le sang.

« Les greffes ont donné de la résorption pure et simple, de
« la suppuration et des nodules qui ne se sont pas compor-
« tés, comme des tumeurs malignes et que, en l'absence
« d'examen microscopique portant sur des coupes minces de
« grande surface, nous sommes fondés à regarder comme
« des nodules inflammatoires.

« Les résultats des inoculations sont passibles des mê-
« mes reproches (2). »

Avant le Dr Pilliet, Senger fait les mêmes objections.

(1) Dr Emile Senger. *Studien zur Ætiologie des Carcinoms. Berliner Klinische Wochenschrift*, nº 10, 1888.

Remarque de l'auteur. — Cette manière d'envisager la chose présente une analogie avec la théorie de Thiersch, qui fait du cancer une infection par le tissu épithélial, infectant et envahissant les autres tissus, comme le font les microbes.

Cette théorie est très conforme à l'allure de la maladie et elle est d'accord avec tout ce que nous savons du mécanisme des généralisations.

(2) *Revue de chirurgie* 1888, nº 2. Dr Pilliet. *Tumeurs expérimentales.*

Ses expériences personnelles ont donné des résultats négatifs. Le microbe trouvé par lui était une sarcine jaune (eine gelbe Sarcine) et dans une culture provenant d'un carcinome, qui est devenu l'objet de l'expérimentation vingt-quatre heures après l'extirpation, ce microbe était le *staphylococcus pyogenus aureus*; ce dernier était absent dans les cultures faites avec des tumeurs fraîches.

Quant aux bacilles de Scheurlen l'auteur dit : « Den « Scheurlen'schen Pilz habe ich aber bis auf eine unten « berücksichtigte Imfung niemals erhalten und kann wohl « behaupten, das er nicht in den Carcinomen enthalten « war. »

Senger a fait des inoculations des bacilles de Scheurlen, sous la peau de chiens, de lapins, de souris, et les résultats obtenus étaient négatifs.

Selon cet expérimentateur, le bacille de Scheurlen n'est autre chose qu'un bacille de pomme de terre (Kartoffelbacille) et il propose de le nommer « *Bacillus mesentericus rubiginosum* », à cause de son développement sur la pomme de terre rougeâtre.

Le professeur de l'Institut pathologique de Königsberg, le Dr Baumgarten, a refait toutes les expériences de Scheurlen, en suivant rigoureusement les mêmes conditions de culture ; or il a réussi à démontrer la présence du bacille quasi spécifique de Scheurlen, non seulement dans les tumeurs malignes, comme le carcinome et le sarcome du sein, mais aussi dans les tumeurs bénignes, comme le névrome. Outre çà, le bacille de Scheurlen n'est pas unique dans le suc cancéreux, mais ce dernier contient encore plusieurs espèces de micro-organismes ; enfin, dans quelques cas de carcinome, le bacille de Scheurlen manquait com-

plètement. Se basant sur ces faits, Baumgarten conclut que le bacille de Scheurlen n'a aucune valeur étiologique; il est, comme Senger, d'avis que le célèbre bacille de Scheurlen n'est autre chose qu'une des espèces de bacille de la pomme de terre, dont les germes se trouvent souvent sur la peau et les muqueuses, et peuvent facilement pénétrer dans la tumeur (1).

Un autre expérimentateur, Pfeiffer (2), a examiné les cancers non ulcérés. Dans les cas où toutes les précautions antiseptiques étaient prises, les cultures restaient stériles; si, par manque d'antiseptie rigoureuse, les colonies de microbes apparaissaient dans les cultures, c'étaient des espèces qui n'avaient aucune ressemblance avec les bacilles de Scheurlen. L'expérimentateur s'est procuré des cultures préparées par Scheurlen; l'examen de ces cultures et des cultures secondaires l'a amené à la conclusion que les bacilles de Scheurlen ne sont autre chose que les *Proteus mirabilis* décrits par Häuser, et ils n'ont aucun rappart avec l'étiologie du cancer, car ils ne sont pas pathologiques.

Encore quelques mots des expériences faites à la clinique chirurgicale du professeur Kowack, à Budapesth, par le Dr Makara (3).

Ces expériences sont intéressantes à ce point de vue que les seules cultures, qui donnaient lieu à la formation de colonies de micro-organismes, provenaient de carcinomes ulcérés, ou de sarcomes dont on se servait pour l'expérimentation plusieurs heures après l'extirpation, c'est-à-dire quand

(1) *Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde*, III. Band, nº 13, 1888.

(2) *Deutsche medicin. Wochenschrift*, nº 11, 1888.

(3) *Deutsche medicin. Woch.*, 1888, nº 31.

la décomposition des tissus avait commencé. Les microbes trouvés étaient de différentes espèces : *staphylococcus pyogenus aureus*, petits coccus blancs, bacilles de 1-15 μ de longueur et 0,1-0,2 μ de largeur ; ce bacille se développait rapidement sur l'Agar, en donnant lieu à la formation d'une membrane blanche ; la gélatine promptement volatilisée exhale une odeur spécifique cancéreuse.

En examinant une goutte de suc cancéreux, le Dr Makara a remarqué des corps ovoïdes verdâtres, doués de mouvements propres, qui ressemblent aux spores de Scheurlen, mais selon cet expérimentateur, ce n'étaient pas des spores, comme le croit Scheurlen, mais des parcelles de cellules, qui ont subi la dégénérescence graisseuse. Ces corps ovoïdes avaient une grandeur inégale et disparaissaient sous l'influence de l'éther. Quant aux mouvements que les corps ovoïdes manifestaient, ce sont les mouvements moléculaires qu'on peut observer dans les cellules des tissus sains (1).

Avant de finir avec le chapitre « Etiologie du cancer », citons quelques expériences récentes faites sur les animaux par le Dr Alberts (2), qui injectait dans les veines jugulaires une émulsion faite avec le suc cancéreux et une solution de chlorure de sodium à 0,6 %. L'animal meurt après avoir présenté les symptômes cliniques de carcinose miliaire ; à l'autopsie on constate plusieurs abcès pyémiques dans différents organes (poumons, foie) ; les vaisseaux capillaires étaient obstrués par des colonies de coccus.

(1) *Deutsche medicin. Wochenschrift*, nº 31, 1888.

(2) *Das Carcinom in historischer und experimental-pathologischer Beziehung.*

Les recherches de nodules carcinomateuses, malgré les signes cliniques, ont donné des résultats négatifs.

Dans un cas, où Alberts se servait de suc cancéreux obtenu avec toutes les précautions antiseptiques, d'une tumeur fraîchement extirpée sur un individu vivant, l'animal s'est rétabli et resta bien portant des mois entiers. A l'autopsie on n'a pas trouvé de traces de formation pathologique.

Des morceaux de tumeurs cancéreuses introduits dans la cavité abdominale et dans le bulbe oculaire sont trouvés à l'autopsie complètement absorbés. Quelques transplantations du tissu cancéreux faites dans les tissus des couches abdominales n'ont pas donné lieu à une croissance de ces parcelles de tumeur ; comme corps étrangers ils ont tout simplement provoqué une certaine inflammation du tissu.

Pendant quelques jours les morceaux de tumeur transplantés semblaient augmenter de volume, ce qui était dû au processus inflammatoire, mais celui-ci calmé, la tumeur a diminué notablement et, trois mois après, la disparition de la tuméfaction était complète.

En résumé nous voyons que, dans la plupart des cas, la recherche de microbe spécifique du cancer donne des résultats négatifs ; nous voyons aussi que la question de la nature infectieuse du cancer est loin d'être résolue, car les inoculations et les greffes cancéreuses n'ont jusqu'à présent donné que des résultats négatifs. Mais devons-nous conclure déjà que le cancer n'est pas une maladie infectieuse, et que le microbe spécifique de cette maladie n'existe pas ?

Rappelons-nous l'époque qui a précédé la découverte du microbe spécifique de la tuberculose. Les doutes théoriques,

les expériences infructueuses ne manquaient pas et pourtant n'ont pas empêché la découverte du bacille de Koch. Cette découverte a exercé et exerce encore une influence heureuse sur la thérapeutique de la tuberculose, et espérons que la même chose arrivera à l'égard du cancer.

Les expériences faites dans ce domaine sont relativement encore peu nombreuses et les méthodes doivent se perfectionner.

Finissons notre chapitre sur l'étiologie des maladies cancéreuses par quelques considérations pratiques données par Senger et qui me semblent d'une grande importance :

1° Il faut changer le mode d'inoculation, il faut introduire dans les organes ou dans leur voisinage des fragments de carcinome, ou bien faire des injections intraveineuses ou artérielles, ou mieux, car Koch n'a pu développer le choléra que dans le drodenum.

2° On devrait s'entendre pour l'inoculation sur une certaine forme de cancer dans le sens histologique, ou bien sur un certain développement de la tumeur, car il est possible que le virus soit plus ou moins actif suivant le développement de la tumeur.

3° Il faut chercher à créer une disposition à la maladie chez les animaux (1).

(1) Loc. cit.

CHAPITRE TROISIÈME

Des différentes formes du cancer et de ses phases.

Avant d'aborder la question du traitement du cancer de l'utérus, je trouve nécessaire de dire quelques mots des différentes formes et degrés sous lesquels la maladie se présente au médecin et qui le guident dans le choix de tel ou tel mode de traitement.

Cancer du col. — Dans les livres classiques ([1]), on trouve 3 formes distinctes de cancer du col qui diffèrent aussi par leur évolution clinique. 1° Le cancroïde superficiel de la portion vaginale du col ; 2° Carcinome de la muqueuse du col et 3° Carcinome du col ou nodule cancéreux du col.

Les deux premières formes débutent par la muqueuse et la sous-muqueuse du col (surface externe et interne); la troisième débute par le parenchyme. Quant aux caractères microscopiques, les deux premières formes sont des épithéliomes pavimenteux ou cylindriques, ce qui tient à la différence de l'épithélium recouvrant les surfaces externes et internes du col ; dans la troisième forme nous avons affaire avec le vrai cancer (squirrh, encéphaloïde, etc.).

([1]) Schröder. *Maladie des organes génitaux de la femme.* Ruge et Veit : Krebs der Gebärmutter.

Le cancroïde superficiel de la portion vaginale du col, commence par la surface externe du museau de tanche, se présente sous la forme de bourgeons, d'excroissances en choux-fleurs ; sa tendance de se diriger vers le vagin est très caractéristique. La marche de cette forme est rapide ; l'utérus et le canal cervical sont attaqués tardivement et même rarement.

Le carcinome de la muqueuse du col, soit cancer térébrant des auteurs [1], se développe primitivement dans le tissu conjonctif sous-muqueux cervical, il affecte dans la plupart des cas la forme ulcéreuse, qui s'étend en largeur et creuse dans la profondeur ; l'utérus (corps) lui même est attaqué relativement tôt dans cette forme de cancer et dans ce cas le canal cervico-utérin se transforme en une cavité à parois anfractueuses. La marche de cette forme est plus lente que la précédente. Le museau de tanche et le vagin sont attaqués rarement et tardivement.

Le carcinome du col, soit cancer noueux, affecte la forme des nodosités qui se développent sous la muqueuse dans le parenchyme, la muqueuse elle-même est intacte au début ; mais à la suite du développement des nodules, la muqueuse finit par s'ulcérer ; ces nodules peuvent se développer ou du côté du canal cervical et donner lieu à une ulcération de la muqueuse cervicale, ou du côté du vagin et donner lieu à une ulcération de la surface externe du col. Les nodosités ont une tendance de se développer du côté du tissu conjonctif du bassin. La marche du carcinome du col est lente.

Cancer du corps. — Rarement primitif, il est presque toujours secondaire au cancer du col, qui, quelle que soit sa

(1) Pozzi. Thèse de Paris.

forme, finit par envahir l'utérus lui-même. Le cancer primitif de l'utérus a son point de départ ou dans le parenchyme ou dans l'épithélium glandulaire de la muqueuse; dans le dernier cas c'est un épithéliome tubulé. Les symptômes les plus caractéristiques sont: l'écoulement très abondant, hémorragies, douleurs paroxysmatiques, marche lente. Le cancer primitif de l'utérus envahit le col, mais tardivement, après avoir atteint les autres organes environnants.

En se basant sur ces formes nettement tranchées du cancer du col et du corps de l'utérus, l'école de Schröder trouve des indications précises pour les amputations sous ou sus-vaginale du col, et l'hystérectomie totale. L'amputation sous-vaginale doit être réservée pour le cancroïde au début, l'amputation sus-vaginale pour le cancroïde qui envahit tout le museau de tanche, les culs-de-sac exclusivement; le carcinome de la muqueuse du col doit être traité par l'hystérectomie totale, car on n'est jamais sûr si le processus morbide a franchi ou non l'orifice interne du col.

Mais les formes tranchées, citées plus haut, sont pour ainsi dire idéales; dans la clinique leur distinction est beaucoup plus difficile que dans la théorie, et nous sommes dans la plupart des cas obligés de nous guider non sur des formes typiques, mais sur le degré variable de l'envahissement du processus morbide. Les alternatives suivantes peuvent se présenter au praticien.

1° Cancroïde au début, limité à une partie de la face externe du museau de tanche; l'amputation sous-vaginale du col est indiquée ici, au moins si on ne prend pas égard aux travaux récents d'Abel et de Landau, qui tendent à prouver que le cancer du museau de tanche s'accompagne toujours d'une dégénérescence maligne de la muqueuse utérine.

2° Le cancroïde a envahi tout le museau de tanche sauf les culs-de-sac ; l'utérus étant complètement mobile. Selon Schröder et ses élèves, l'amputation sus-vaginale est indiquée dans ces conditions, mais le Dr Martin a obtenu 26 récidives immédiates sur les 28 opérations faites dans les conditions indiquées par Schröder ; enfin, les travaux d'Abel et Landau, dont nous avons parlé plus haut, diminuent notablement les chances de l'amputation sus-vaginale pratiquée comme opération radicale.

3° Le cancroïde a envahi le museau de tanche et le vagin. Impossible d'appliquer le traitement curatif, il faut se borner au traitement palliatif.

4° Le carcinome du col au début ; col dur, rugueux, pas ulcéré, culs-de-sac intacts, utérus complètement mobile. Ce degré se présente rarement au praticien, car, à cette époque, les symptômes (leucorrhée, fétidité) étant presque nuls, les malades ne s'adressent pas au médecin. L'amputation sous-vaginale du col peut rendre les services d'une opération radicale à ce degré du cancer du col.

5° Col ulcéré, dur, hypertrophié, utérus immobile, ligaments larges infiltrés. Pas de traitement curatif.

6° Cancer de la muqueuse du col, l'ulcération paraît s'arrêter au-dessous de l'orifice interne du col, elle n'est pas profonde, l'utérus est mobile, les culs-de-sac et les ligaments larges sont intacts ; selon certains chirurgiens l'amputation sus-vaginale est bien indiquée dans ces conditions. Cela peut être vrai, si on pouvait dire avec sûreté que le processus cancéreux ne va pas au delà de la limite apparente, mais puisque la solution certaine de cette question est impossible, on risque d'obtenir une récidive immédiate, si on pratique seulement l'amputation sus-vaginale

du col dans cette forme de cancer. L'hystérectomie totale est l'opération à choisir dans les conditions qui nous occupent, elle doit être faite sans hésitation quand l'ulcération cancéreuse a franchi l'orifice interne.

7° Carcinome du corps de l'utérus. Du moment où le processus morbide est limité à l'organe, les tissus environnants étant sains, l'hystérectomie totale est indiquée.

8° L'utérus lui-même, les tissus environnants, le col et le vagin sont pris. Alors pas de traitement curatif.

Il va sans dire que ces degrés peuvent varier à l'infini dans la clinique.

SECONDE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Traitement.

Le traitement peut être palliatif ou curatif. L'application de l'un ou de l'autre dépend du degré de la maladie.

Le cancer au début doit être soigné radicalement, tandis que s'il a étendu ses limites au delà de l'utérus, c'est seulement le traitement palliatif qui est applicable.

Quelles sont les opérations radicales du cancer de l'utérus (corps et col) ?

L'amputation sous-vaginale du col utérin, l'amputation sus ou supravaginale et l'hystérectomie totale.

Quelles sont les indications et les contre indications de chacune de ces opérations ?

L'amputation sous-vaginale du col est indiquée dans les cas où le mal est limité à une partie du museau de tanche, c'est-à-dire, au début du processus morbide, l'utérus doit être complètement mobile, vagin, culs-de-sac et canal cervical intacts; dans ces conditions on peut espérer que l'opération amènera une cure radicale, autrement elle n'est que palliative.

L'amputation sus-vaginale ou supravaginale du col, de Schröder, peut être indiquée dans le cancroïde occupant déjà tout le museau de tanche jusqu'aux culs-de-sac vaginaux exclusivement, également dans le cancer de la muqueuse cervicale, avant que le processus cancéreux ait franchi l'orifice interne. Pour que cette opération puisse être radicale il faut les conditions suivantes : mobilité parfaite de l'utérus, vagin en bon état, corps de l'utérus parfaitement sain ; si ces conditions manquent l'opération est seulement palliative.

En raisonnant théoriquement nous devons dire que les opérations citées ont la valeur d'opérations radicales dans les cas de mal limité au col utérin, mais étant donné le fait qu'il est très difficile et même impossible de fixer à quelle hauteur et à quelle périphérie s'arrête le processus cancéreux, on risque de ne pas enlever tous les tissus morbides en pratiquant ces opérations et, effectivement, la pratique démontre que les cas de guérison radicale sont extrêmement rares, tandis que les récidives sont multiples.

L'hystérectomie totale par le vagin est la seule opération véritablement radicale, si elle est faite en temps opportun, en prenant en considération les conditions opératoires qui sont : mobibité absolue de l'utérus, la cloison rectovaginale et le vagin doivent être indemnes et souples; bon état général de la malade.

C'est à Récamier qu'appartient l'honneur d'avoir formulé les règles de cette opération. Abandonnée pendant plusieurs années, elle fut reprise en Allemagne par Freund, qui est le rénovateur de cette opératon, Billroth, Teufel ; en France elle fut rejetée jusqu'en 1884, mais depuis cette

époque elle compte de nombreux adeptes dans les célébrités de la chirurgie française : Pean, Terrier, Trelat, Richelot.

Grâce au perfectionnement du manuel opératoire et à la précision des indications de l'opération, la mortalité opératoire, autrefois très grande, a diminué notablement ces dernières années.

Citons quelques données statistiques :

Statistique de Le Fort (1).

Prise du Mémoire de Sécheyron.

AUTEURS	OPÉRÉES	MORTES
Czerny.	81	26
Duncan	276	79
Duvelius	59	5
Gousserow.	253	59
Haidlen	52	19
Hegar	257	60
Martin.	66	12
Matheus Duncan. .	276	7
Munde.	256	63
Olshausen.	36	7
Schröder.	32	9
Schultze.	6	1
	1650	418

Cette statistique donne une mortalité moyenne de 25,23 %; mais si nous l'examinons individuellement, nous observons un fait remarquable : tandis que Czerny opère avec une mortalité de 32 %, Duvelius obtient 8,4 % de

(1) Mémoire de Sécheyron. Hystérectomie vaginale totale. *Revue de chirurgie* 1887, p. 1024, journal de tocologie, 1887.

mortalité et Matheus Duncan est encore plus heureux, il n'a que 2,5 % de mortalité opératoire.

D'où vient cette énorme différence? Elle tient sans doute au manuel opératoire plus ou moins perfectionné, à l'habileté personnelle du chirurgien et à l'opportunité de l'opération. Une statistique un peu plus récente est présentée par Martin, de Berlin, dans une communication faite au Congrès de Washington de 1887. Cette statistique indique, pour le total de 311 cas, un nombre de décès égal à 47, soit une mortalité de 15,1 %.

Statistique de Martin (1).

AUTEURS	OPÉRÉES	MORTES
Fritch.	60	7
Léopold. . . .	42	4
Olshausen . .	47	12
Schröder . . .	74	12
Stande	22	1
Martin	66	11
	311	47

Si nous examinons les données statistiques par année, nous verrons que la plus grande mortalité des opérées tombe sur les anciennes années, tandis que, durant les dernières années, la mortalité a été de beaucoup moindre. En effet, en 1881, Olshausen réunissait 41 cas de divers auteurs avec 29 % de mortalité, Sara Post a même trouvé 37 % pour les opérations antérieures à 1881, et 27 % pour les opérations de 1881 et 1882. Hegar, en 1886, sur

(1) Annales de gynécologie 1888, Août, prof. Pozzi: Hystérectomie vaginale pour le cancer; Tocologie, Février 1888.

257 faits, trouve une mortalité de 23 % (1); en 1887, Martin publie la statistique citée plus haut, avec une mortalité de 15 %. Citons encore quelques données statistiques allemandes des dernières années:

Heilung	22 cas	1 morte	=	4,54 %	(2)
Brennecke. . . .	21 »	0 »	=	0,00	(3)
Klotz.	17 »	0 »	=	0,00	(4)
Landau.	7 »	0 »	=	0,00	(5)
	67 cas	1 morte	=	1,49 %	

La dernière série de Schröder a donné une mortalité de 10 % et 6 % (3 mortes sur 50 opérées) (6).

Je trouve nécessaire d'ajouter ici, que les résultats heureux des opérations récentes sont dus, selon l'aveu des opérateurs allemands, à l'emploi des pinces de Richelot pour l'hémostase. Les Drs Landau (7) et Müller (8) recommandent l'emploi des pinces hémostatiques; le premier se servait, dans 9 cas d'hystérectomie totale, des pinces et le dernier a opéré heureusement dans 5 cas sans éprouver de difficultés pour l'arrêt de l'hémorragie.

La statistique française est moins heureuse: M. le professeur Verneuil a présenté à la séance du 28 Novembre 1888, une statistique générale des hystérectomies totales pratiquées par les chirurgiens des hôpitaux de Paris depuis les

(1) Annales de Gynécologie, Août 1888.
(2) Archiv für Gyn. 1887 ; Pozzi. Thèse de Paris 1888.
(3) *Zeitchrift für Geburtsh. und Gynäc.*, 1886, p. 56.
(4) *Centralblatt für Gyn.*, 1886, p. 31.
(5) *Berliner Klinische Woch.*, 1888, nº 10.
(6) *Revue de chirurgie,* 1888, p, 1015.
(7) *Berliner Klinische Woch.*, nº 10, 1888.
(8) *Centralblatt für Gynäc.*, nº 12.

premiers mois de 1885, époque à laquelle remontent les premières opérations françaises. Sur 109 opérations totales on relève 35 morts opératoires, soit 32 %, 31 morts de récidive, 18 récidives avec mort rapide inévitable, 28 succès sans récidive actuelle. Ces chiffres sont peu encourageants et paraissent peu justifier l'hystérectomie totale, mais l'examen détaillé démontre la même tendance, que nous avons constatée dans la statistique allemande, pour la diminution annuelle de la mortalité opératoire.

Bouilly	1886-1888	30 cas	7 morts	=	23,3 %
	1886	10 »	3 »	=	30 %
	1887	10 »	2 »	=	20 %
	1888	12 »	2 »	=	16,4 %

M. le professeur Terrier a opéré 21 fois et a eu 4 morts, mais 3 des insuccès appartiennent aux années 1885-1886. Les années 1887-1888 réunies, n'en comptent qu'un seul.

Nous avons vu que la mortalité opératoire manifeste une tendance à la diminution, grâce au perfectionnement du manuel opératoire, et l'hystérectomie totale vaginale commence à prendre son rang dans les opérations bénignes.

Mais une autre question importante surgit, c'est celle de la récidive. M. le professeur Le Fort dans son rapport (1) sur le mémoire de Sécheyron, à l'Académie de médecine, cite des données statistiques peu encourageantes :

Au bout de la	1re	année	38	récidives	sur	75	survivants.
» »	2me	»	57	»	»	75	»
» »	3me	»	64	»	»	75	»

(1) *Revue de chirurgie*, 1887, p. 1025.

En ajoutant le 25 % de mortalité opératoire, M. Le Fort conclut qu'après deux ans déjà les insuccès s'élèvent à 82 %, et au bout de 3 ans à 89 %. Voilà les conclusions que fait M. le professeur Le Fort d'après les données de Hoffmeier, Terrier, Richelot et Labbé.

Examinons les données des autres opérateurs. En 1887 (1) le Dr Martin, de Berlin, constate qu'il y a eu, avant 1885, 13 récidives sur 44 opérées survivantes à l'opération, ce qui fait 29,7 % ; 70,3 % étaient exemptes de récidive ; or, parmi les opérées exemptes de récidive, il y en avait plusieurs dont l'opération était faite depuis plus d'une année. Dans les séries d'hystérectomie totale données par Martin, on a pu constater l'absence de récidive dans les proportions suivantes :

	Leopold	Schrœder	Fritch	Martin (2)
Au bout d'un an	16	20	17	35
» d'un an 1/2	9	10	—	32
» de 2 ans	5	7	7	25
» de 3 ans	2	4	2	20
» de 4 ans	—	—	—	5
» de 5 ans	—	—	—	3
» de 6 ans	—	—	—	2

Nous voyons en examinant ces séries, que l'hystérectomie totale vaginale, quoique une opération jeune encore, peut donner de très bons résultats dans les mains d'un opérateur savant et habile. En définitive, nous ne pouvons nier que l'hystérectomie totale, jusqu'à présent, n'ait donné dans la

(1) *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1887, n° 5.

(2) Annales de Gynécologie, 1888, Août. Pozzi, *Hyst. vaginale pour cancer*.

plupart des cas qu'une guérison temporaire, car la récidive arrive relativement assez vite; mais il me semble que pour être juste dans l'appréciation d'une opération qui, si elle réussit dans ses suites immédiates et éloignées, est l'unique moyen curatif du cancer utérin, il faut prendre en considération tout ce qui atténue un jugement trop sévère; car si l'hystérectomie totale vaginale, opération jeune, qui peut et doit se perfectionner, est chassée du domaine opératoire, c'est le traitement *curatif* lui-même qu'on éloigne de nous pour longtemps.

Il ne faut pas oublier que les faits les plus anciens, qui servent à juger définitivement l'opération au point de vue de la récidive, correspondent à une époque où l'on commençait seulement à la pratiquer; le manuel opératoire et la précision des indications de l'opération se trouvaient pour ainsi dire dans leur état embryonnaire. Pour juger l'hystérectomie vaginale totale, comme mode de traitement curatif du cancer de l'utérus, il faut attendre à *plus tard* les résultats des opérations faites tout récemment par des chirurgiens gynécologues d'élite. Pour le moment nous savons que, dans les mains des chirurgiens habiles, la mortalité opératoire ne dépasse pas celle de l'amputation du sein (1).

Dernièrement il s'est élevé une grande discussion entre les chirurgiens éminents de France, sur la question de savoir : « si l'amputation sous-vaginale du col n'est pas pré-
« férable à l'hystérectomie totale vaginale, car l'amputation
« sous-vaginale du col étant une opération absolument bé-
« nigne, donne, si elle est faite en temps opportun, une
« survie très grande avec laquelle les résultats obtenus

(1) Annales de Gynécologie, 1888, Août.

« jusqu'à présent par l'hystérectomie vaginale ne peuvent « pas lutter. » Le partisan le plus énergique, le plus éminent de l'amputation sous-vaginale, est M. le professeur Verneuil. En 1884 encore, il a publié une statistique favorable à cette opération ; dernièrement il a présenté un nouveau mémoire à la Société de chirurgie.

Sur 22 opérées pas de mort opératoire, 9 récidives locales, 8 précoces, une tardive ; dans 5 cas M. le professeur Verneuil avait reconnu immédiatement que l'opération n'était pas complète; 5 malades sont mortes de récidive viscérale. En résumé, sur 22 cas, M. Verneuil a obtenu 14 récidives et 8 guérisons radicales, dont 5 douteuses. Les résultats ne sont pas brillants: si nous examinons les statistiques présentées dans le mémoire de 1883 et dans le dernier, nous verrons qu'il n'y a qu'une malade avec une longue survie.

Malheureusement nous n'avons pas les mémoires de M. le professeur Verneuil dans les mains et nous sommes obligés de nous baser dans notre critique, en partie, sur celle de M. le professeur Richelot; or, pendant la séance de la Société de chirurgie, du 24 Octobre 1888, il dit : « Sur « les 17 cancéreuses, rapportées dans le mémoire de « M. Verneuil de 1883, j'en compte 11 qui ont eu une ré- « cidive immédiate ; 5 malades ont été perdues de vue ; « une seule est restée guérie depuis cinq ans : c'est la « seule guérison définitive indéniable. Sur les 5 malades « qu'il a opérées depuis 1884, 3 sont déjà en pleine réci- « dive: les deux opérations sont encore trop récentes, mais « M. Verneuil ne doute pas que la récidive ne survienne. »

En comparant les statistiques de Martin et de M. le professeur Verneuil, nous serons frappé par le fait que les ré-

sultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale sont meilleurs que ceux de l'amputation sous-vaginale du col, au point de vue de la survie, comme au point de vue de la quantité de récidives chez les survivantes.

Les données statistiques de Hofmeier [1], que nous citons plus bas, semblent prouver que l'opération partielle (l'amputation sus-vaginale du col), donne lieu à une survie plus grande, c'est-à-dire est plus radicale que l'hystérectomie totale. Mais est-ce véritablement ainsi? Avant tout, notre logique est absolument contre une conclusion pareille et nous croyons pouvoir trouver les causes de cette statistique paradoxale dans le fait que les conditions dans lesquelles les opérations étaient faites n'étaient pas les mêmes, et tandis qu'elles répondaient plus ou moins bien à l'amputation sus-vaginale, elles ne répondaient pas du tout ou beaucoup moins à l'hystérectomie totale.

Statistique de Hofmeier.

Au bout d'un an:

Hystérectomie partielle	51 %	en somme 53,6 %
Hystérectomie tolale . .	63 %	

Au bout de deux ans :

Hystérectomie partielle	46 %	en somme 40 %
Hystérectomie totale . .	24,1 %	

Au bout de trois ans :

Hystérectomie partielle	42 %	en somme 33,5 %
Hystérectomie totale . .	26 %	

Au bout de quatre ans :

Hystérectomie partielle	41,3 %	en somme 37,3 %
Hystérectomie totale . .	0 %	

[1] Hoffmeier. *Zeitschrift für Geburtsh. und Gyn.* B. XIII, Heft. 2, 1886; Annales de Gynécologie, 1888, Août, p. 83.

La statistique de M. le Dr Hofmeier donne des résultats bien supérieurs à celle de M. le professeur Verneuil ; cela s'explique parfaitement, car l'amputation sus-vaginale de Schröder est une opération plus radicale que l'amputation sous-vaginale à laquelle a recouru M. Verneuil dans ses 22 cas.

Je trouve utile d'ajouter ici que M. le Dr Martin, ayant pratiqué plusieurs amputations sus-vaginales dans des conditions analogues à celles des opérations de Schröder et ses élèves, a obtenu 26 récidives sur 28 cas. Quant à l'amputation sous-vaginale conseillée pr M. le profeseur Verneuil, on peut dire, que si elle est applicable au cancroïde limité à une partie du museau de tanche, ce n'est pas le cas quand il s'agit d'un cancroïde qui a envahi tout le museau de tanche jusqu'aux culs-de-sac exclusivement ou d'un cancer de la muqueuse cervicale : dans ces cas l'amputation sous-vaginale est insuffisante.

Mais est-ce que l'amputation sous-vaginale du col est véritablement suffisante pour guérir radicalement un cancroïde au début ? Il en serait ainsi si l'opinion de Ruge et Veit sur la délimitation exacte du cancroïde du col utérin au début, à la surface externe du museau de tanche, était en état d'axiome pathologo-anatomique; mais dernièrement, comme je l'ai déjà dit, plusieurs observateurs (1) tendent à prouver que la muqueuse du corps utérin, dont le col est atteint d'un cancroïde, subit toujours une dégénérescence maligne (sarcomateuse). Enfin, nous savons que le cancer

(1) Landau. *Berliner Klinisch. Wochenschrift*, 1888, n° 10 ; Dr Abel. *Archiv für Gynäcologie.* Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio.

du col s'accompagne souvent de noyaux isolés dans le corps de l'utérus. Dans ces conditions on ne peut jamais être sûr de faire une cure radicale en appliquant l'amputation sous-vaginale du col, même au cancer à son début.

En se basant sur les données statistiques citées plus haut, les partisans de l'hystérectomie totale vaginale ont le droit de conclure : que cette opération étant encore récente, gagne journellement du terrain, grâce au perfectionnement du manuel opératoire. Pratiquée par les mains d'habiles chirurgiens, elle ne donne que 15 $^0/_0$ de mortalité, et par conséquent elle se range presque dans le rang des opérations bénignes.

Enfin, l'hystérectomie totale vaginale faite dans des conditions opportunes, c'est-à-dire avant l'envahissement par l'infiltration cancéreuse des tissus environnant l'utérus, est la seule opération radicale du cancer utérin. En vérité, si nous voulons être logique, nous devons admettre pour le cancer de l'utérus le raisonnement par lequel nous déterminons le traitement du cancer de tous les autres organes, or, dans ces cas notre principe est d'enlever tout l'organe atteint d'une tumeur maligne.

CHAPITRE DEUXIÈME

Le traitement palliatif.

Nous avons dit plus haut que, dans la plupart des cas, les médecins ont à traiter des cancers très avancés, les malades ne cherchant du secours que lorsque la maladie a atteint son dernier degré.

Inutile alors de tenter la cure radicale et l'hystérectomie totale, qui, faite dans ces conditions, non seulement n'amène pas la guérison même temporaire, mais présente de grands dangers opératoires, à cause des hémorragies foudroyantes que peuvent causer les excroissances cancéreuses non éloignées par l'opération.

Quel est le but du traitement palliatif ? Combattre les symptômes inquiétants de la maladie qui sont : 1° l'hémorragie; 2° la leucorrhée putride; 3° la fétidité, l'odeur sui-generis ; 4° la douleur ; ces symptômes causent l'épuisement et l'auto-infection chronique ou aigue de l'organisme, par conséquent leur amendement amène nécessairement une prolongation de la vie de la malade.

On peut diviser le traitement palliatif en traitement chirurgical et traitement médical. Le traitement palliatif chirurgical est indiqué lorsque la cure chirurgicale radicale est impossible à cause de l'envahissement par le processus

morbide des tissus environnant l'utérus ; mais à son tour le traitement palliatif chirurgical ne peut être appliqué avec succès que lorsque l'épuisement de la malade est relativement peu prononcé, dans le cas contraire nous devons recourir au traitement palliatif médical.

La clinique nous démontre l'existence d'une espèce de cancer utérin, dont les symptômes les plus saillants sont la cachexie progressive et la douleur, les autres symptômes comme : l'hémorragie, la leucorrhée fétide, etc., sont très peu prononcés ; il me semble que le traitement palliatif médical est plutôt indiqué dans ce cas.

Il va sans dire que nous parlons toujours d'un degré de la maladie où il est inutile de songer au traitement curatif.

Nous croyons pouvoir ranger dans le traitement palliatif chirurgical, les cautérisations, les ablations partielles de l'utérus et le raclage suivi ou non de cautérisation.

Cautérisation. — On distingue le cautère actuel (fer rouge, thermo et galvano cautère) et la cautérisation par les agents chimiques ou cautérisation potentielle.

Le cautère actuel est très vanté par plusieurs praticiens ; destructeur énergique, s'il est appliqué méthodiquement, il peut rendre des services en détruisant les fongosités, or la destruction des fongosités diminue ou amende pour un certain temps les hémorragies, la leucorrhée fétide ; une autre action du cautère actuel c'est le développement de la charpente interstitielle qui étouffe, pour ainsi dire, les cellules cancéreuses. Comme hémostatique et antiseptique le cautère actuel présente de grands avantages sur les instruments tranchants ; mais, si le cautère actuel est efficace et presque sans inconvénient pour détruire les fongosités superficielles ou dans les formes ulcéreuses peu bourgeon-

nantes, ce n'est pas le cas si les fongosités sont profondes : une seule cautérisation ne suffit pas, il faut une série d'applications du cautère, l'opération est longue, ennuyeuse pour la malade ; les fongosités cautérisées donnent lieu à de grosses escharres qui se détachent difficilement et à une suppuration abondante, de longue durée, qui peut augmenter l'épuisement de la malade.

La cautérisation potentielle. — Les substances caustiques employées ordinairement sont le chlorure de zinc en solution de 30 $^0/_0$ (méthode de Marion Sims) ou en forme de pâte de Canquoin, les acides (acétique, nitrique), le nitrate acide de mercure, etc. Ce mode de traitement est encore très employé en Angleterre (1), en Amérique (2) et en France (3). Plusieurs faits démontrent les dangers qui résultent de l'application des substances caustiques : ces dernières fusent entre le spéculum et les parois du vagin, donnent lieu à des brûlures intenses et même à des accidents pelvipéritonitiques. Parmi nos observations nous en avons une qui prouve ce que nous avançons : après l'application par un médecin de la ville, sur la plaie, de tampons trempés dans l'acide chromique, il est survenu des phénomènes graves de brûlure du vagin, un abcès et un fort gonflement inflammatoire de la vulve, et, au bout de quelques jours, des symptômes de pelvipéritonite intense.

L'acide acétique produit une cautérisation trop profonde

(1) *Transactions of the obstetrical*, Society of London, Vol. XXVII, 1885.

(2) Currier. *The treatment of epitheliome of the cervix uteri. American Journal of obstetrics.*

(3) Polaillon. *Traitement du cancer de l'utérus.* Annales de gynécologie, Juillet, 1882.

et son emploi est dangereux comme celui de toutes les substances dont l'action est difficile à contrôler.

La pâte de Canquoin (chlorure de zinc incorporé dans la farine) présente à un moindre degré le même inconvénient d'être diffusible. Pourtant le professeur Polaillon s'en sert et souvent avec succès ; il vante le système d'application de flèches de Canquoin ou de la pâte par couches successives. Son procédé est le suivant : il introduit les flèches dans le canal cervical et dans la profondeur des fongosités ; ces flèches sont maintenues en place pendant quelques temps par un tamponnement léger; la malade doit conserver le décubitus dorsal. Quand l'escharre est tombée, on met une nouvelle série de flèches, et ainsi de suite jusqu'à la destruction plus ou moins complète des fongosités cancéreuses. Si, comme nous l'avons dit plus haut, la pâte de Canquoin ne présente pas l'inconvénient d'être diffusible comme les caustiques liquides, l'appplication de la pâte provoque des douleurs quelquefois intenses et, comme cette douleur est répétée parfois durant plusieurs séances, elle devient insupportable pour la malade. Un autre défaut, c'est qu'on agit en aveugle et l'on risque alors ou de faire une cautérisation insuffisante ou de dépasser les limites voulues.

L'amputation sous-vaginale du col utérin. — Plus haut, en traitant la cure radicale du cancer, nous avons dit que les amputations sus et sous-vaginales et surtout la dernière doit céder la place, comme opération radicale, à l'hystérectomie totale. Considérée comme opération palliative, l'amputation sous-vaginale, grâce à sa bénignité opératoire, rend toujours des services. Les données statistiques de M. le professeur Verneuil et d'autres chirurgiens, nous démontrent que, pratiquée au début de la maladie, l'amputa

tion sous-vaginale prolonge considérablement la vie des malades. Pratiquée au moment où les ravages occasionnés par la maladie sont étendus, que le col est transformé en une masse fongueuse saignante, l'amputation sous-vaginale du col améliore notablement l'état des malades, en éloignant de l'organisme un foyer d'hémorragie continue et d'infection.

L'opération peut être faite par le bistouri, la chaîne de l'écraseur et l'anse galvanocaustique. La dernière méthode est à mon avis la plus rationnelle, car elle réunit les avantages des instruments tranchants (section nette, rapidité de l'opération) aux propriétés antiseptiques et hémostatiques.

L'amputation supravaginale, opération de Schröder, peut rendre de grands services si elle est pratiquée au début de la maladie. Les preuves statistiques de Hoffmeier, citées plus haut, démontrent une survie notable et même des cas de guérison radicale, mais étant donné les derniers degrés de la maladie, dont nous nous occupons à présent, l'infiltration des tissus environnant l'utérus et des culs-de-sac, rend un des temps principaux de l'opération impossible ; le décollement du col d'avec ses parties voisines ne pouvant être accompli, l'opération est, par conséquent, impraticable.

Amputation sus-vaginale irrégulière de Richelot. — Partisan de l'hystérectomie totale vaginale à l'exclusion de tout autre mode de traitement du cancer utérin, il ne renonce pas à intervenir, même dans les cas avancés du cancer. Il y a, suivant M. le Dr Richelot, des cas douteux, dans lesquels l'opérateur hésite de répondre, d'une manière certaine, si l'hystérectomie vaginale totale est opportune.

« Dans les cas douteux, dit M. le Dr Richelot, voici la con-
« duite à suivre: Préparez tout pour l'hystérectomie et exé-
« cutez les premiers temps avec prudence. Si l'envahisse-
« ment n'existe pas, ou commence à peine, vous irez
« jusqu'au bout et vous ferez une bonne opération, sauf que
« la récidive soit à craindre. S'il est trop avancé, si vous
« voyez surgir de grosses difficultés, prenez garde à l'uré-
« tre et à la vessie, arrêtez-vous en chemin et bornez-vous
« à la sus-vaginale (1). » Le manuel opératoire est le suivant : On commence par une incision circulaire du vagin et on décolle la vessie, puis le péritoine du cul-de-sac de Douglas, comme dans l'hystérectomie. Ce décollement est difficile, les tissus sont friables et se déchirent, il faut s'aider des ciseaux, de la curette, pour libérer le col et le segment inférieur de l'utérus ; on avance peu à peu; arrivé au-dessus des limites du mal on s'arrête et on ampute au bistouri la partie inférieure du corps de l'utérus. Selon M. Richelot, les malades sont très soulagées par l'opération.

Nous voyons que l'amputation sus-vaginale irrégulière de Richelot n'est pas une opération palliative à part ; c'est une opération de Schröder pratiquée dans le courant d'une hystérectomie totale, or, l'opérateur a reconnu que la dernière est impossible à cause de l'envahissement des tissus environnants. Il va sans dire que, dans ces conditions, l'amputation sus-vaginale, comme l'hystérectomie totale, ne sont pas indiquées et, par conséquent, les résultats de l'amputation sus-vaginale irrégulière ne doivent pas être brillants. Effectivement, des trois cas cités par M. Richelot, une malade

(1) *Union médicale*, 1888, Janvier; *Gynécologie*, p. 73.

est morte le quatrième jour après l'opération, la deuxième a eu une récidive deux mois après l'opération, la troisième se portait bien au bout d'une année.

Opération de Baker (Boston). — Une opération avec des résultats autrement heureux est annoncée et décrite par le Dr Baker, en 1882, dans l'*American Journal of Obstetrics* (1). C'est une amputation sus-vaginale élevée; cette opération est plus radicale que l'amputation sus-vaginale de Schröder, car elle enlève une grande partie de l'utérus et toute la muqueuse utérine. Le manuel opératoire est le suivant : le Dr Baker fait la section du col à l'aide de ciseaux, en avant et en arrière, ensuite il dissèque le péritoine et la vessie jusqu'à la hauteur de l'orifice interne de l'utérus ; après avoir réuni les deux sections par des sections latérales, il enlève avec l'utérotome une portion conique du corps de l'utérus. La base du cône correspond à l'orifice supérieur du col utérin.

De cette manière, Baker enlève plus de la moitié du corps de l'utérus, ce qui a l'avantage de permettre d'enlever toute la muqueuse utérine, qui est la plus facile à subir l'influence pathologique.

Baker complète l'opération par le raclage et applique énergiquement le fer rouge pour arrêter l'hémorragie. Sur les dix malades auxquelles Baker a appliqué sa méthode d'une manière rigoureuse, il a obtenu : 0 comme mortalité opératoire, une de ses malades est morte trois mois après l'opération; une autre, morte dans un laps de temps à peu près semblable, présenta à l'autopsie une généralisation du cancer ; des huit qui restaient, une est morte de récidive

(1) *Centralblatt für Gynäcologie*, 1882, p. 565.

dans la cicatrice deux ans après, une autre a survécu huit ans, mais présentait en 1886 des signes de récidive; les six restantes ne présentaient pas de récidive après 4, 5, 6, 6, 5 et 5 ans ([1]).

Raclage. — Cette manœuvre opératoire présente le grand avantage d'être plus complète que les opérations palliatives citées, car, avec la curette, nous pouvons non seulement pratiquer l'ablation du col, mais aussi enlever les bourgeons cancéreux de la surface interne de l'utérus. La curette, à cause de son petit volume, son maniement facile, donne la possibilité d'entrer dans les anfractuosités et de faire un nettoyage complet de l'utérus.

La dilatation du col utérin par la méthode de M. Vulliet, comme opération préventive à l'application de la curette, rend des services énormes, car, le col bien dilaté, l'introduction de la curette ne présente pas de difficulté; en outre l'examen à la vue et par le toucher de la surface utérine devenu possible, on n'agit pas en aveugle et on applique la curette là où l'état de la muqueuse le nécessite.

Description de la méthode de dilatation progressive, de M. le professeur Vulliet ([2]). — On se sert de tampons trempés dans une solution éthérée d'iodoforme et desséchés ; l'éther s'évapore tandis que le iodoforme se dépose uniformément sur la surface du tampon ; la solution doit être faible pour éviter les phénomènes d'intoxication. On peut remplacer le iodoforme par le salol et le térébène mélangés avec égale partie d'huile d'olive. Les tampons sont

([1]) *American Journal of obstetrics*, 1886; Dr Adrien Pozzi. *Le traitement du cancer de l'utérus en dehors de la grossesse.*

([2]) *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1886 ; nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1887, Octobre.

faits avec du coton antiseptique, leur volume varie depuis un haricot jusqu'à la grosseur d'une noix. Il ne faut jamais se servir de tampons humides, car l'éther en contact avec la muqueuse utérine provoque de la douleur et de l'irritation.

On donne à la femme la position génupectorale et on commence par l'exploration du calibre et de la direction du canal utérin. Si le canal est dévié ou rétréci on procède à la dilatation préliminaire, qui peut être produite par les procédés ordinaires (laminaria, sonde utérine, etc.).

Une fois le canal cervical suffisamment dilaté, on procède à la dilatation par le tamponnement progressif : on prend un tampon iodoformé, préparé de la manière citée plus haut et, à l'aide d'une pince à pansement, on le pose dans l'orifice externe du col utérin, en le poussant légèrement jusqu'à une certaine profondeur, après on remplace la pince par une sonde utérine ou un catheter rigide, et on introduit le tampon dans la cavité utérine. Après le premier tampon on en introduit un second, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la cavité utérine en soit bourrée. Les tampons restent 48 heures en place; ce temps passé, on retire le premier tamponnement et on en introduit immédiatement un autre plus grand, etc. Sept à huit tamponnements suffisent, ce qui peut prendre une quinzaine de jours.

La dilatation obtenue rend la cavité utérine visible, et son exploration, soit au toucher, soit à la vue, ne présente pas de difficulté. Le tamponnement progressif est généralement bien supporté par les malades en général et les cancéreuses en particulier: les trois malades, atteintes de cancer et de sarcome utérin, auxquelles nous avons pratiqué la dilatation par le système de M. le professeur Vulliet, la

supportaient bien, et même l'une d'elles, tourmentée par des coliques utérines, a ressenti après le premier tamponnement un soulagement notable, ce qui est dû, probablement, à la facilité d'écoulement des liquides, qui stagnaient dans l'utérus et provoquaient les coliques.

Finissons cette courte description de la méthode, en résumant les avantages que lui trouve M. le professeur Vulliet lui-même et, en partie, plusieurs cliniciens et praticiens.

1° Elle donne la solution du problème de l'endoscopie, elle permet de diagnostiquer, de panser, d'opérer, de surveiller les suites opératoires jusque dans les parties les plus profondes de la cavité utérine.

2° Elle est un excellent pansement antiseptique.

3° Grâce à elle nous obtenons, au lieu des dilatations de très courte durée, obtenues par les procédés ordinaires, des dilatations permanentes, qui nous laissent tout le temps désirable pour renouveler nos interventions à volonté.

4° Entraînant à la longue l'hyperplasie des parois, elle est susceptible de rendre des services partout où les modifications plastiques sont désirables.

5° Elle agit sur certaines névroses provenant de l'utérus de la même façon que la grossesse (1).

Je crois inutile d'entrer ici dans les détails de différents modes de raclage, pratiqués par les chirurgiens; je me contenterai de dire que, tandis que les uns trouvent nécessaire les deux temps suivants (2) : 1° l'abaissement de l'utérus et 2° la ligature préventive des artères utérines, les autres trouvent le premier dangereux et le second peu

(1) Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie.

(2) Pozzi. Thèse de Paris.

efficace (glissement, rupture de la ligature) et même dangereux si, par hasard, dans la ligature, sont compris les urethères.

Le raclage se fait avec la curette de Sims ou Récamier (modifiée ou non); quelques opérateurs, et en particulier M. le professeur Vulliet, se servent des ongles, après l'enlèlèvement de la plus grande partie des tissus malades, car, selon leur avis, « après le raclage le plus complet avec la curette tranchante, l'ongle peut toujours enlever 4 à 5 grammes de tissus malades enfoncés dans des anfractuosités ou des interstices où l'instrument aveugle ne pénètre pas (1). »

L'anesthésie est employée dans des cas exceptionnels. L'antiseptie doit être rigoureuse : lavages antiseptiques avant, pendant et après l'opération. Le raclage, fait de bonne heure, quand l'ulcération cancéreuse a à peine dépassé la muqueuse cervicale ou utérine peut, selon M. le professeur Vulliet et son assistant le Dr Visard, donner lieu à une guérison locale complète (2).

En tous cas, le raclage successif lutte bien avec les répullulations cancéreuses et peut, en enlevant à mesure les fongosités accrues, prolonger la vie de la malade.

Electrolyse. — Avant d'aborder le chapitre sur le traitement médical du cancer, je trouve nécessaire de dire au moins quelques mots des résultats remarquables obtenus de l'électrolyse, appliqué au traitement du cancer. L'application de l'électrolyse à la destruction des tumeurs est employée depuis plusieurs années, et souvent avec succès; mais, à notre époque, ce traitement appliqué méthodique-

(1) Dr Wisard. *Revue de la Suisse romande,* 1886, Juillet.
(2) Dr Vulliet. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1886, Juillet.

pas de spécifique qui aurait guéri le cancer, et les substances vantées comme telles, par leurs inventeurs, agissent parfois et encore pas toujours comme simples palliatifs.

Les substances qui relèvent les forces et la nutriton générale des malades agissent avec une plus grande sûreté que les quasi-spécifiques: les toniques, le coca, le quinquina, le fer, le lait fermenté de jument ou kymys (1) et le képhir.

Le dernier, à mon avis, peut rendre d'énormes services; d'abord comme aliment à la fois tonifiant et de facile assimilation, il augmente les forces et le poids des malades, en outre, le képhir faible est très utile comme léger purgatif pour les cancéreuses qui sont ordinairement sujettes à des constipations qui réagissent d'une manière funeste sur leur santé.

Dans un cas (observ. n° 4) le képhir m'a donné la possibilité de combattre des vômissements incoercibles, contre lesquels ne pouvaient rien, ni la glace, ni la potion de Riviéri ; dans un autre cas (observ. 1), le képhir a exercé une influence heureuse sur la malade, en excitant l'appétit et combattant les constipations. L'air pur, le soleil, sont des éléments indispensables pour lutter contre l'anémie et la cachexie des malades.

Le traitement médical local est nécessairement symptômatique.

Les symptômes inquiétants à combattre dans le cancer, sont : 1° l'hémorragie, 2° la leucorrhée, 3° la fétidité, 4° la douleur.

L'hémorragie. — Plusieurs substances médicamenteuses ont été employées comme hémostatiques locaux ; il me

(1) Currier. Some considerations concerning Cancer of the uterus and especially its palliative treatement on its later stage.

semble inutile de citer ici la longue série de médicaments employés, je me contenterai de nommer les plus efficaces : le Dr Martin, de Berlin, conseille les injections avec l'eau de créosote, la solution d'acide tannique, l'eau glacée, et enfin, dans les cas d'hémorragie profuse, le tamponnement avec des tampons trempés daus une solution de tannin. Le professeur Polaillon (1) vante beaucoup la pâte de Canquoin, qu'il dispose à plat sur l'ulcère et qu'il maintient avec quelques boulettes de charpie ou de coton.

La charpie au perchlorure de fer est infidèle dans l'action, elle agit seulement pendant la durée de l'application (Polaillon, Cordès).

Le sulfate de fer, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, l'acide nitrique fumant, l'acide chronique, toutes ces substances ont été vantées par différents auteurs comme hémostatiques. A la clinique de Genève, la plupart de ces substances ont été employées avec un succès variable; elles présentent des avantages et des inconvénients, les unes comme diffluants (pâte de Canquoin et surtout l'acide nitrique, chromique, etc.) ; le nitrate d'argent semble exciter le processus morbide (Betrix et Cordès). Dans les hémorragies profuses, les injections chaudes de 40-45° d'eau; ou, comme conseille Emmet, l'injection très chaude de 40 à 50 grammes d'une solution concentrée d'alun. De bons résultats ont été obtenus à la clinique gynécologique de Genève par l'usage du térébène. Insuffisant dans les hémorragies profuses, il arrête fort bien les hémorragies de force moyenne. Nous nous en sommes servi souvent pour combattre les petites hémorragies dans le cours du cancer.

(1) Traitement du cancer utérin. Annales de gynécologie, 1882.

Leucorrhée. — La leucorrhée est abondante dans le cancer utérin et amène un épuisement énorme de la malade, or on tâche de la combattre par différents moyens. Le Dr Martin, de Berlin, obtenait de bons résultats en administrant du sulfate de cuivre en injections ; toutes les substances, que nous avons citées plus haut comme hémostatiques, peuvent être utilisées pour combattre la leucorrhée, mais encore ici je dois ajouter que, selon la longue expérience de l'honorable chef de la Maternité de Genève et nos observations d'une certaine durée, le térébène, employé comme élément de pansement, modifie d'une manière heureuse la leucorrhée quantitativement et qualitativement.

Fétidité. — Cet horrible symptôme, qui est peut-être le plus pénible pour les malades, car il les rend insociables et objets de dégoût pour l'entourage, agit d'une manière fâcheuse sur la nutrition des malades en provoquant des nausées, des vômissements et un dégoût pour la nourriture. Pour lutter contre lui, toutes les substances antiseptiques ont été employées. Arrêtons-nous un peu sur les modes de traitement donnés, par différents auteurs, comme les plus efficaces.

Mme Gaches-Sarraute (1) a employé, dans le service de M. Siredey, la méthode suivante : elle commençait par un lavage à grande eau (2-3 litres environ de liquide antiseptique), ensuite elle débarrassait la plaie des produits putrides et introduisait dans le vagin des tampons discoïdes, non munis de fils; ces tampons trempés tout d'abord dans une solution de chloral ou de liquide de Van Swieten, étaient ensuite recouverts d'iodoforme sur toute leur surface. L'effet de ces

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, p. 230.

pansements était extrêmement bon : les pertes sanguines s'arrêtaient, la plaie prenait l'apparence d'une plaie de nature bénigne, enfin une amélioration notable survenait dans l'état général de la malade. Mais, selon l'aveu de Mme Gaches-Sarraute, elle-même, ce traitement provoque des douleurs au début; ces douleurs cessent, mais incomplètement, avec l'amélioration de l'état général de la malade. Un autre inconvénient, c'est l'odeur pénétrante de l'iodoforme et les troubles digestifs provoqués par son emploi continu.

Le iodoforme est très recommandé dans l'ouvrage de M. Cartri (1); selon cet observateur, le iodoforme n'agit pas seulement en calmant la douleur, mais il diminue l'odeur, la sécrétion, les hémorragies, et améliore l'état général. La formule recommandée par l'auteur est la suivante : iodoforme 18, sulfate de quinine 3,0, alcool de menthe 40 gouttes, charbon pulvérisé 15. Ce mélange fait, on l'applique sur l'ulcération cancéreuse et on le laisse en place plus ou moins longtemps sans inconvénient.

Le Dr Siredey conseille le pansement suivant pour combattre la leucorrhée abondante et fétide, dans les cas où la cautérisation n'est pas applicable : Commencer par une injection d'eau dans laquelle on ajoute 1-2 cuillerées à café de la solution suivante :

Acide phénique cristallisé	25 gr.
Essence de thym . . .	5 gr.
Alcool	150 gr.

Après l'injection on applique immédiatement sur l'ulcère

(1) *Centralblatt für Gynäcologie*, 1885, p. 56.

un tampon de gaz d'hydrophyle imbibé d'une solution de chloral au $^1/_{30}$; le tampon doit être renouvelé une ou deux fois par jour suivant l'abondance et la fétidité de l'écoulement (1).

L'usage des antiseptiques dans le traitement du cancer a une grande importance, vu les hypothèses sur l'agent microbien du cancer ; c'est un moyen de résoudre la question. Poussé par ces considérations, le Dr Schramm (2) a fait pendant plusieurs années des expériences sur le sublimé, en l'injectant dans le tissus cancéreux.

Le liquide injecté se composait de 0,25 gr. de sublimé, 50 gr. d'eau distillée, et 0,25 cent. de chlorure de sadium.

L'expérimentateur se servait, pour les injections, d'une seringue de Windler, qui contient 2 grammes et est munie d'une aiguille de 10 cent. ; il pique à diverses places et répète les injections 2-3 fois par semaine. L'empoisonnement par le sublimé n'est pas à craindre, selon l'auteur, même après un usage assez prolongé des injections, car les tissus n'absorbent pas.

Les résultats obtenus par ce mode de traitement sont, selon le Dr Schramm, excellents : la désinfection est complète, les écoulements cessent et l'état général s'améliore, les hémorragies sont rares.

L'acide phénique, la créosote, la créoline comme le iodoforme présentent le grand inconvénient de substituer leur odeur propre, pénétrante et désagréable à celle du cancer, c'est pourquoi le meilleur désodorifiant sera celui qui rem-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1884, p. 537.
(2) *Centralblatt für Gynäcologie*, 1888, p. 213.

place l'odeur cancéreuse par une plus agréable et moins irritante ; le térébène nous semble tout à fait répondre à ces conditions.

Douleur. — La douleur peut atteindre une intensité énorme, elle est continue ou paroxistique, retentit dans les reins, les jambes, les cuisses, etc. Tous les calmants : les opiacés, la belladone, la cocaïne, le chloral, sont employés sous diverses formes : suppositoires dans le vagin ou le rectum, lavements, potions, cataplasmes. Dans un cas de douleur très rebelle, j'ai recouru, selon le conseil de M. le professeur Vaucher, à l'acide carbonique en injection vaginale et la malade a ressenti un grand soulagement.

Le traitement par les opiacés présente le grand inconvénient que les malades s'habituent trop vite au traitement; on se trouve alors obligé d'augmenter successivement la dose, ce qui, en définitive, agit d'une manière fâcheuse sur l'état général de la malade. Il faut, pour que les opiacés soient mieux supportés, les combiner et changer le plus souvent possible ; aux injections de morphine il faut recourir le plus tard possible.

Nous avons remarqué que les cancéreuses, entrées à la clinique gynécologique, en proie à de fortes douleurs continues ou paroxistiques, se plaignaient beaucoup moins après avoir été, pendant un certain temps, soumises au traitement par le térébène.

Térébène. — Ses propriétés.

Depuis 1881 on se sert de térébène, comme matière de pansement, à la Clinique gynécologique de Genève.

Le térébène est un carbure isomérique de l'essence de térébenthine ; sa formule est C_{10} H_{16} ; en état pur il est liquide, incolore, d'une odeur faible, difficile à définir ; il

n'est pas congelable à — 27°; point d'ébullition 150°, pouvoir rotatoire nul; poids spécifique 0,95 (1). En comparant les propriétés physiques du térébène et de l'essence de térébenthine, nous trouvons une grande analogie entre ces deux corps :

	Point d'ébullit.	Densité. à 0°	Densité. à 100°	Pouv. rotat.
Essence de téréb.	156,5°	0,8767	0,7939	= 40,32
Térébène	156	0,8767	0,7939	= 0

Le térébène, comme l'essence de térébenthine, n'est pas soluble dans l'eau, mais il est soluble dans l'éther et l'alcool ; il se mélange avec les huiles grasses dans toutes les proportions.

L'essence de térébenthine et le térébène présentent différents degrés d'attraction pour l'oxygène : les expériences comparatives ont démontré que les quantités d'oxygène absorbés dans un même temps par l'essence de térébenthine et le térébène sont entre elles comme 2 : 1 (2).

Préparation. — Dans le mémoire de M. Reber, pharmacien en chef de l'Hôpital cantonal de Genève, nous trouvons une méthode de préparation plus simple et différente de celle qui est citée dans le livre classique de chimie : *Dictionnaire de chimie*, de M. Würtz. La préparation par la méthode de M. Reber a donné jusqu'à présent un térébène de bonne qualité, et, sur certains rapports, même supérieure à la spécialité anglaise, seule employée pendant un certain temps à la clinique, par conséquent nous nous permettons de l'exposer ici, la considérant comme pratique et simple : on prend 2 kilos d'essence de térébenthine, aux-

(1) Würtz. *Dictionnaire de chimie*, p. 303, tome III.
(2) Ibid.

quels on ajoute goutte par goutte 100 grammes d'acide sulfurique pur, en agitant continuellement le mélange contenu dans un vase plongé dans l'eau froide: on laisse reposer le liquide pendant 24 heures et après on le chauffe jusqu'à faible ébullition. On laisse reposer et on décante ensuite le tout, à l'exception de la couche la plus foncée (l'acide sulfurique) qui se trouve au fond du récipient et après avoir ajouté 100 grammes de craie préparée, on agite à plusieurs reprises, afin que par le mélange on obtienne une neutralisation complète. On termine par le fitrage soigneux (1).

Le liquide filtré doit être conservé dans des flacons se fermant hermétiquement. Le térébène obtenu ne doit pas avoir de réaction acide.

Quant aux propriétés physiologiques du térébène, je n'ai pas trouvé d'études sur ce sujet ; je crois qu'elles sont analogues à celles de l'essence de térébenthine. Les malades auxquelles je faisais prendre à l'intérieur de petites doses (30 gouttes d'une solution alcoolique au $^1/_5$ ou d'une solution éthérée au $^1/_{10}$), me disaient qu'elles éprouvaient une sensation de chaleur à l'estomac.

Quant à la quantité d'urine, je n'en ai pas remarqué l'augmentation.

Appliqué sur la peau, le térébène provoque une irritation moindre que l'essence de térébenthine; injecté sous la peau, chez une malade atteinte d'un cancer au sein, il a donné lieu à un abcès. En tout cas, en me basant sur le fait que les malades soumises au traitement presque con-

(1) *Le térébène,* par Burkhar Reber; Dr Bétrix. *Traitement de la période avancée du cancer utérin.* Nouvelles archives d'obstétrie et de gynécologie.

tinu par le térébène, n'ont jamais présenté de phénomènes d'irritation, ni locale, ni générale, je crois pouvoir conclure que le térébène est mieux supporté par l'organisme que l'essence de térébenthine et qu'il peut être absorbé au moins par la surface de la plaie en grande quantité sans provoquer des phénomènes toxiques.

Propriétés thérapeutiques. — Grâce à sa propriété de développer l'ozone en contact avec l'air, le térébène présente des propriétés désinfectantes très considérables; il purifie l'atmosphère viciée, non seulement en substituant son odeur propre, agréable, aux odeurs nauséabondes des produits de la décomposition, mais il détruit la putridité par son action chimique. Comme parasiticide, il est indiqué dans certaines maladies abdominales pour désinfecter les matières fécales et pour supprimer la fermentation, dans les maladies de la peau d'origine parasitique, enfin sur les plaies et ulcères gangreneuses.

Dans le mémoire de M. le Dr Jeanneret (1), nous lisons que les grands avantages thérapeutiques locaux du térébène sont prouvés dans les conditions suivantes :

1° Sur les plaies en voie de granulation dont les bourgeons sont grisâtres, inertes, torpides.

2° Sur les plaies dont la nature et le siège ne permettent pas un pansement rigoureusement occlusif et antiseptique.

3° Sur les plaies qui répandent une odeur infecte, soit par leur nature gangreneuse, ulcérative ou le voisinage du tube digestif : gangrène, sphacèle, tumeurs ulcérées, surtout les carcinomes, plaies de l'abdomen, du périnée, etc.

(1) Notes sur un nouveau désinfectant. *Revue de la Suisse romande* 1882.

4° Dans les cavités où la quantité d'acide phénique ou de chlorure de zinc nécessaire à la désinfection pourrait être toxique ou d'une application trop douloureuse.

5° Chez les enfants pour lesquels l'acide phénique est toxique à des doses insuffisantes à la désinfection.

Dans les conditions citées, le térébène agit tantôt comme stimulant, tantôt comme antiseptique. N'étant pas toxique le térébène peut être employé largement, ce qui le rend sous certains rapports supérieur à l'acide phénique et au sublimé.

Mode d'emploi. — Le térébène peut être administré localement, sous forme de poudre, en combinaison avec le sulfate de cuivre et le bichromate de potasse (cupralum terebene powder) ou avec le sulfate de fer et le bichromate de potasse (ferralum terebene powder). Sous cette forme le térébène présente des propriétés antiseptiques puissantes, mais son emploi présente des inconvénients :

1° La solution de ces composés étant trouble, elle nécessite, pour être employée, un filtrage, mais comme l'a observé M. Reber (1), le térébène est retenu par le filtre, de sorte que le liquide filtré présente seulement une solution de deux sels.

2° A la longue, la solution de la poudre de térébène enduit la peau d'une espèce de vernis verdâtre, en couches épaisses, et plusieurs bains n'en débarrassent que difficilement le malade.

3° La solution des poudres de térébène recouvre à la longue les instruments et les ustensiles de pansements d'une couche noirâtre due à la formation du cuivre et du fer (2).

(1) Térébène, par Burkhard Reber.

(2) Notes sur un nouveau désinfectant. *Revue médicale*, 1882.

Le térébène peut être encore employé : en mélange à différentes proportions avec les huiles grasses, comme l'huile d'amande, d'olive, de colza, de sésame, etc.; en forme de solution éthérée et alcoolique; en pommade, composée du térébène et de l'anoline ou de l'axunge en différentes proportions.

Pendant les dernières années le térébène était employé largement dans les cliniques chirurgicales, à l'école dentaire et à la Maternité (service gynécologique). Nous nous occuperons à présent des résultats obtenus par l'application du térébène au traitement du cancer utérin, en nous basant sur les nombreuses expériences du chef de la Maternité de Genève, l'honorable M. le professeur Vaucher, de son assistant M. Bétrix, et sur quelques-unes personnelles.

Plus haut nous avons dit que le térébène nous a été très utile pour combattre les symptômes principaux de la maladie : l'hémorragie, la leucorrhée, la fétidité et même la douleur.

En agissant d'une manière heureuse sur les symptômes le térébène a dû nécessairement exercer une bonne influence sur l'état général des malades et, effectivement, malgré l'état déplorable où se trouvaient les malades dans la plupart des cas (cachexie, fièvre, etc.), nous avons presque toujours constaté une certaine amélioration dans l'état général à la suite du traitement: la fièvre tombait, l'appétit apparaissait et l'état moral de la malade devenait meilleur dès les premiers jours du traitement. Je dois ajouter ici que cette amélioration était, pour la plupart des malades, passagère, car le processus morbide était trop avancé pour obtenir une amélioration durable : presque toutes les malades soumises à mes soins présentaient, au moment de leur

entrée à la clinique, des ravages étendus : utérus immobile, col transformé en une masse bourgeonnante fétide, ou en ulcération vaste, culs-de sac et vagin infiltrés, troubles de la miction et de la défécation ; à ces symptômes locaux s'ajoutait la fièvre cachextique, etc.

Que peut-on faire dans ces conditions ? Si le traitement peut nous donner un amendement passager des symptômes inquiétants, s'il peut rendre les forces aux malades pour un certain temps, nous obtenons déjà quelque chose.

Dans les cas plus heureux : quand les malades conservaient encore un certain embonpoint, quand les forces ne les avaient pas complètement quittées et le processus, quoique très avancé, mais non au degré suprême, le traitement que nous avons employé donnait des améliorations plus durables.

Le procédé de traitement palliatif employé à la clinique gynécologique par M. le professeur Vaucher et que j'appliquais aux malades cancéreuses, soumises à mes soins, est le suivant : Ethérisation dans les cas exclusifs ; lavage antiseptique au sublimé (1 : 1000) intravaginale, si possible intra-utérine et des organes génitaux externes ; après je procède au raclage avec la curette de Récamier ou de Sims ; le raclage s'arrête là où la curette rencontre une forte résistance ; le liquide antiseptique coule sur la surface opératoire et enlève les masses cancéreuses raclées.

Ordinairement, le raclage enlevant les fongosités détruit la cause de l'hémorragie et la dernière s'arrête une fois le raclage fini ; mais il y a des cas où les bourgeons cancéreux ou l'ulcération cancéreuse vont loin dans la profondeur, et la curette en les suivant lèse tel ou tel petit vaisseau et l'hémorragie survient plus ou moins abondante ;

le fer rouge est appliqué dans ces cas sur la surface raclée.

Si, au contraire, le raclage lui-même arrête l'hémorragie antérieure, ce qui est la règle, on procède après l'opération au pansement avec les tampons de térébène : 4-5 tampons de la grosseur d'une noix, bien trempés dans le térébène mélangé avec l'huile d'olive (parties égales) sont introduits dans le vagin et disposés de manière à couvrir toute la surface de la plaie. Si la plaie, après le raclage, est cautérisée par le cautère actuel, on applique le pansement au térébène après la cautérisation. C'est en comparant la marche de la plaie raclée et cautérisée, et de la plaie raclée et soumise immédiatement à l'influence du térébène, que je suis arrivée à la conclusion, que le cautère actuel présente le grand inconvénient de donner lieu à de grosses escharres qui se détachent difficilement et déterminent une suppuration prolongée, accompagnée parfois d'un état fébrile. Le pansement au térébène donnait déjà le lendemain de l'opération une plaie d'un très joli aspect (aspect d'une ulcération bénigne), et au bout d'un certain temps on remarquait un commencement de cicatrisation.

Quelques-unes des malades, que je soignais, n'étaient pas raclées du tout et étaient soumises tout de suite, à leur entrée à la clinique, au traitement par le térébène.

Les pansements se faisaient chaque 2-3 jours, selon la quantité des pertes, la fétidité ; ordinairement, l'état des malades ne nécessitait pas de pansement plus fréquemment.

Je commençais par un lavage à grande eau antiseptique (sublimé 1 : 1000), ensuite j'injectais dans le vagin à peu près 25 grammes de térébène, de manière que l'ulcère soit, pour ainsi dire, baignée dans ce liquide, et après j'introdui-

sais 3-4 tampons de térébène. L'effet des tampons était bien supporté par la plupart de mes malades, sauf une, très sensible, qui prétendait en être irritée. Pour la soulager, je lui remplaçais souvent les tampons par une simple injection intravaginale de térébène ; du reste, cette sensation pénible ne fut pas de longue durée, et la malade supporta parfaitement bien le traitement tel qu'il était appliqué à toutes les autres. En tout cas, cette sensation désagréable ne doit pas être attribuée au térébène ; ce sont les tampons eux-mêmes qui produisaient une certaine pression, et la malade, d'une sensibilité exagérée, atteinte de névralgies, de picotements dans les parties génitales internes et externes, ne supportait à cette époque rien de gênant.

La même malade (observ. n° 11) est remarquable à ce point de vue que, malgré une vaste ulcération, qui remplaçait le col et s'étendait aux culs-de-sac et à la paroi postérieure du vagin, elle n'eut pas, pendant tout le temps que durait son traitement, une seule perte sanguine ; les pertes blanches étaient minimales et la fétidité nulle.

Cette malade était soumise au traitement par le térébène dès son entrée à la clinique ; son état ne nécessitait pas de raclage. Outre les pansements réguliers, j'ai pratiqué chez Mme F. plusieurs injections intraparenchymateuses à différents endroits de l'ulcération et des excroissances cancéreuses ; pour les injections je me servais d'une solution éthérée au $^1/_{10}$ et j'injectais chaque deux jours 1-2 seringues pleines de Pravaz. Sauf une certaine excitation que la malade éprouvait immédiatement après l'injection, et qui se dissipait assez vite, la malade n'accusait rien de désagréable. La plaie conservait toujours l'aspect de bonne nature ; les pertes étaient toujours à leur minimum ; les

troubles du côté de la vessie (douleur, urine rouge, chargée, légèrement sanguinolente), se sont complètement dissipés dans le cours du traitement.

Les injections intraparenchymateuses m'ont donné de bons résultats encore dans un cas (observ. n° 12), au point de vue de l'aspect de l'ulcération et de la diminution des pertes, etc.

Le traumatisme, produit par la piqûre, ne laissait le plus ordinairement aucune trace, sauf chez une seule malade cachextique et affaiblie au suprême degré. J'ai bientôt remarqué chez elle que l'endroit de la piqûre, dans les cas où l'injection n'était pas faite dans la masse bourgeonnante, mais dans les tissus infiltrés, devenait le siège d'une petite ulcération ronde, superficielle, à bords festonnés. Les piqûres arrêtées, je me contentais des pansements et des tampons de térébène : les petites ulcérations disparurent au bout de 2-3 pansements.

La quantité sommaire d'injections que je faisais dans les masses infiltrées, comme dans les bourgeonnantes, sur une malade, était de 12 à 13 en changeant toujours l'endroit.

Pour les injections je me servais d'une seringue de Pravaz, munie d'une aiguille longue et plus grosse qu'une ordinaire.

Quelques-unes des malades auxquelles je faisais le pansement au térébène et les injections intraparenchymateuses, étaient en même temps soumises à un traitement interne térébéné ; 30 gouttes par jour d'une solution alcoolique au $^1/_5$ sur l'eau.

Je dois ajouter ici que je suis loin d'attribuer une signification très importante à cette administration interne, il me semble que le térébène peut être utile comme désinfec-

tant du tube digestif, ce qui est très important, vu les constipations opiniâtres des malades atteintes du cancer de l'utérus, mais je ne crois pas qu'il ait une action spécifique sur le cancer.

Comme je viens de parler du traitement interne par le térébène, je me permettrai de m'arrêter un instant sur les expériences du Dr Hermann Jacoubasch (1), faite avec une substance analogue au térébène par ses propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, l'essence de térébenthine.

Le Dr Jacoubasch a traité plusieurs malades atteintes du cancer de sein et en état de cachexie, avec beaucoup de succès, par le traitement de Benecke, modifié de la façon suivante :

Chaque jour, 5 gouttes d'huile de térébenthine impure en capsule. Pansement de l'ulcération avec de la charpie térébenthinée. Citons quelques observations :

1er cas : Cancer du sein, malade cachextique et épuisée par les hémorragies; sous l'influence du traitement, on obtient une amélioration notable et une survie de deux ans; la malade succombe à la phtisie pulmonaire.

2me cas : Cancer du sein. Amélioration de courte durée ; mort à la suite de la généralisation du cancer.

3me cas : La malade se trouvait améliorée dès les premières semaines, mais on l'a perdue de vue.

Tout récemment un autre observateur, le Dr John Clay, cite quatre cas de guérison d'épithelioma, dont deux de l'utérus. L'auteur prétend avoir obtenu une guérison complète dans les deux cas (2). Il se servait aussi de l'essence de térébenthine.

(1) *Berlin. Klinisch. Wochensch.*, 1886, n° 50.
(2) *Centralblatt f. Gynäcologie*, 1888, p. 445.

A notre avis, le térébène doit son action à sa puissance désinfectante et à ses propriétés stimulantes locales et peut-être générales. En combattant la putréfaction, qui a lieu sur la surface de l'ulcération cancéreuse, il détruit un foyer d'auto-infection de l'organisme, et puisque cette auto-intoxication est la cause directe de la cachexie, le térébène, appliqué avant que la malade se cachextise, peut éloigner son apparition; appliqué tard, il donne toujours lieu à une amélioration, mais de courte durée.

M. le professeur Vaucher, en se basant sur sa longue expérience, est arrivé à la conclusion, que le laps de temps entre deux raclages est devenu, grâce à l'application du traitement par le térébène, beaucoup plus long; tandis qu'avant, une malade raclée présentait au bout de trois mois des symptômes qui nécessitaient un nouveau raclage; à présent, avec l'introduction du térébène comme agent de pansement, l'intervalle entre les raclages peut durer 8-9 mois et même une année (observ. n° 1).

Par conséquent, le térébène retarde le processus cancéreux. Agit-il sur la cellule cancéreuse ou sur un micro-organisme spécifique ? Nous n'en savons rien. A mon avis, cette action heureuse sur le processus morbide peut s'expliquer par les propriétés antiseptiques, antigangreneuses du térébène.

En détruisant un foyer local d'auto-infection, il améliore l'état général, or, cette amélioration agit à son tour sur l'état local, en diminuant la tendance à la répululation et la fonte des nodosités.

Nous sommes loin de voir dans le traitement par le térébène une panacée contre le cancer; tout ce que nous lui attribuons c'est une amélioration notable à tous les points de vue dans l'état des malades.

Le processus lui-même, en suivant son cours, finit par se généraliser et le moment ultime pour les malades arrive. Mais, chose étrange, c'est que la fin n'est pas si pénible pour les malades traitées longtemps par le térébène ; elle s'en vont d'une manière calme, en conservant l'espérance jusqu'à la veille de la mort.

On n'observe que rarement ces vomissements incoercibles, l'état comateux qui dure plusieurs jours et tout le cortège d'une agonie, pénible pour le mourant et l'entourage ; les malades semblent s'endormir. Est-ce une simple coïncidence, est-ce l'effet de l'action heureuse du térébène sur les symptômes de la maladie ?

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Epithelioma du col. — Raclage. — Térébène. — Survie de 2 ans 8 mois.

Mme S., âgée de 56 ans, lingère. Pas d'antécédents héréditaires; point de maladie de l'enfance; pendant la jeunesse bonne santé ; réglée à l'âge de 16 ans ; menstruation régulière, sans douleur abdominale, mais fortes migraines. Un seul accouchement à l'âge de 26 ans. Fièvre bilieuse à 27 ans ; depuis cette époque, souffrance dans la région du foie, ictère, fortes coliques hépatiques. Disposition à la constipation depuis la jeunesse. Ménaupose à 42 ans sans troubles de la santé. En 1884, à l'âge de 52 ans, la malade commence à perdre un liquide jaune, fétide et en grande quantité; malgré ça, elle ne se soigne presque pas, et c'est en 1886, au mois de mai, qu'il lui survient de fréquentes hémorragies la forçant d'entrer à la Maternité. A l'examen on constate une vaste ulcération à la place du col ; les culs-de-sac du vagin sont complètement infiltrés par les masses cancéreuses. Le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume, la cavité utérine présente une grandeur normale, la mobilité de l'utérus est très limitée.

Après un lavage antiseptique on fait un raclage des masses fongeuses, siégeant au fond du vagin et un panse-

ment au térébène immédiatement après. Les hémorragies s'arrêtent complètement pour un certain temps après lequel la malade commence à perdre de nouveau en rouge, mais ces pertes sont beaucoup moins fortes cette fois. Depuis le raclage la malade est soumise au traitement régulier par les pansements au térébène. Ayant quitté la clinique 12 jours après le raclage, la malade se rendait pendant un certain temps, trois fois par semaine, à la Maternité, pour se faire panser; à la maison elle prenait des injections d'eau térébénée. Sous l'influence du traitement, l'état de la malade s'était très amélioré : pertes minimes, odeur nulle, état général très bon, la malade faisait son ménage, sans ressentir une grande fatigue. Se sentant très bien, elle ne vint pas à la clinique des mois entiers, mais continua régulièrement les injections d'eau, dans laquelle elle versait 2-3 cuillerées à soupe de térébène. Cet état de choses dura plus d'une année ; au mois de septembre 1887 survient une rétention d'urine, accompagnée de fortes coliques; sondage et lavage boriqué de la vessie ; sous l'influence du traitement, l'urine s'écoule plus librement, mais la malade éprouve toujours de fréquentes envies d'uriner ; l'urine est chargée, trouble.

Au mois de janvier 1888, deuxième rétention d'urine et depuis ce temps la malade est obligée de recourir à la sonde chaque fois qu'elle a besoin d'uriner. A part ces troubles du côté de la miction, la malade se sent relativement bien : elle vaque à ses occupations, les pertes sont jaunâtres, en petite quantité, et non fétides ; les douleurs lombaires, qui s'irradiaient d'une façon très intense dans la cuisse gauche, avant que la malade ne vint se soigner à la Maternité, se sont beaucoup atténuées sous l'influence

du traitement. Pas d'hémorragie depuis le mois de juin 1886 jusqu'au mois de mars 1888 ; à cette époque, les pertes deviennent rouges et la malade entre pour la deuxième fois à la Maternité où elle subit un nouveau raclage. Après être restée au lit 8 jours, la malade retourne chez elle; pendant 3-4 semaines son état est très satisfaisant; mais au bout de ce temps elle s'aperçoit qu'elle perd des matières par le vagin, en même temps elle éprouve de fortes douleurs dans les cuisses et l'abdomen, l'urine est rouge, sanguinolente; la malade vient de nouveau se soigner à la Maternité.

L'examen me démontre ce qui suit : femme de grande taille, très maigre, teint cachextique, faible, mais conserve encore un peu de forces, fait son ménage.

A l'examen de l'abdomen, on trouve un fort ballonnement, la peau est tendue, le palper donne la sensation d'un péritoine épaissi ; les ganglions de l'aine sont augmentés de volume, durs ; l'examen bimanuel démontre que l'utérus est augmenté de volume, immobile, les ligaments larges sont pris, le col est complétement détruit, et à sa place on trouve une masse fongueuse, dure ; les culs-de-sac vaginaux, ainsi que les parois du vagin, sont infiltrés, de manière que même l'introduction du doigt présente quelques obstacles. A la paroi postérieure du vagin, on sent l'orifice de la fistule recto-vaginale. Le meat urinaire est rouge, enflé, et présente de grands obstacles à l'introduction de la sonde; en même temps, la malade éprouvait des envies fréquentes d'uriner, l'urine était trouble, sanguinolente.

Le traitement consistait en lavages boriqués de la vessie, et pansements au térébène, chaque 2 jours ; injections chaque jour d'eau térébénée. Dès les premiers jours, la malade se sentait déjà mieux, l'urine est devenue claire, les

envies trop fréquentes d'uriner ont passé; en même temps est survenue une amélioration dans l'état général de la malade : sommeil sans narcotiques, bon appétit, ainsi qu'assez de forces pour se livrer à ses occupations.

Pour supprimer l'écoulement des matières par le vagin, j'ai introduit dans le rectum le dilatateur de Tarnier, qui était assez bien supporté pendant une dizaine de jours ; la malade était toute heureuse de se voir propre. L'état très satisfaisant de la malade est interrompu par les symptômes d'un phlébite de la cuisse droite, accompagné de l'insomnie, de la fièvre; ces symptômes passèrent au bout de 3 jours, et l'état de la malade s'améliora de nouveau.

Jusqu'au mois d'octobre 1888, elle vaque à ses occupations ; les pertes leucorrhéiques sont faibles, point d'hémorragies, mais la faiblesse progresse, la malade se cachextise toujours plus fortement.

Au mois d'octobre les forces la quittent complètement, il survient un fort œdème des extrémités inférieures et de la vulve ; la malade est obligée de se mettre au lit. A part l'œdème formidable des extrémités qui lui empêche de faire le moindre mouvement, elle ne se porte relativement pas très mal : bon sommeil avec une dose faible de chloral, appétit conservé, pas d'état comateux, état moral bon ; la malade espère que sa santé sera bientôt améliorée.

Au commencement de janvier 1889, elle entre à la Maternité et meurt le 25 janvier, après une courte agonie, de la généralisation du cancer.

OBSERVATION N° 2

Cancer du col et du corps de l'utérus. — Cachexie. — Térébène. — Survie de 11 mois.

Mme B., âgée de 52 ans, entrée le 12 août 1887 à la Maternité de Genève.

Père mort d'un carcinome œsophagien ; mère morte d'une chute ; deux sœurs en bonne santé ; un frère mort d'une affection abdominale. Réglée à l'âge de 16 ans ; menstruation régulière ; trois enfants ; le plus jeune a 14 ans ; pas de fausses couches ; point de maladies antérieures. Son affection actuelle date, d'après la malade, depuis une année, c'est alors qu'elle a eu des pertes sanguines assez considérables et très fétides ; malgré cela elle ne consulte pas de médecin jusqu'à la semaine passée. Elle se rend à la policlinique, d'où elle est renvoyée de suite à la Maternité.

Status. — Femme de taille moyenne, très maigre, cachectique, extrêment faible, teint de la face jaune paille, muqueuses décolorées. Troubles digestifs : Inapétance, diarrhée alternant avec la constipation.

A l'examen des organes génitaux, on constate que l'utérus n'est pas augmenté de volume, mais il est complètement immobile ; le col est détruit, les culs-de-sac sont transformés en une masse ulcérée, bourgeonnante, sale. Au moindre toucher les bourgeons saignent ; en même temps la malade se plaint de pertes abondantes. L'odeur des pertes est fétide, repoussante.

Après un lavage rigoureusement antiseptique, M. le professeur Vaucher procède au raclage des masses fongeuses et de l'ulcération, se trouvant au fond du vagin. L'hémor-

ragie ne s'arrêtant pas complètement, on cautérise la surface raclée avec l'acide acétique et on fait un tamponnement avec du coton phéniqué, imprégné de poudre de sang-dragon ; le lendemain, les tampons sont enlevés et on applique un pansement au térébène.

Depuis ce temps la malade est soumise régulièrement à ce traitement. En outre, on tâchait de remonter les forces de la malade par des toniques. Une grande amélioration de l'état général et local s'observe déjà au bout de quelques jours : pertes minimes, sans odeur ; la malade se sent plus forte, se promène, dort sans narcotiques. Cet état de choses dure tout le temps du traitement. Au bout de deux mois de séjour à la Maternité, la malade, se sentant très bien, quitte la Maternité le 28 novembre 1887.

Au mois de mai 1888, elle y entre pour la deuxième fois. Pendant 7 mois de séjour à la maison, elle vaquait à ses occupations, sans se soigner. La fatigue et le manque de soins ont beaucoup aggravé son état, mais les pertes n'étaient pas abondantes; trois semaines avant sa deuxième entrée à la Maternité, elle remarqua que son urine s'écoulait par le vagin, ce qui la décida de retourner à la Maternité le 21 mai 1888. A cette époque la malade présentait un état cachextique très avancé : faiblesse, amaigrissement au suprême degré, troubles digestifs, insomnie.

Au palper abdominal, on sentait le péritoine épaissi, les ganglions de l'aine durs, augmentés de volume. Au toucher et au speculum, on observait une vaste cavité au fond du vagin qui se continue avec la cavité du corps, largement ouverte. Le vagin était enflammé, très sensible à cause de l'irritation continue par l'urine ; le périné et le pourtour de l'anus présentaient une vaste ulcération.

Le contact de l'urine avec cette ulcération lui causait des douleurs atroces. La fistule était vésico-vaginale.

La malade est soumise dès son entrée au traitement par le térébène. Pansements chaque jour avec des tampons qui en sont imprégnés, après un grand lavage antiseptique ; lavages répétés de l'ulcération extérieure et application du térébène à sa surface (morceau de coton imbibé de cette substance, mélangée avec l'huile d'olive, parties égales).

La malade se trouve très améliorée dès les premiers jours : ses forces reviennent, elle se lève et vient sans aide à la salle de pansements, l'appétit revient, les pertes leucorrhéiques sont minimes, la fétidité spécifique cancéreuse ne se sent presque pas; l'ulcération extérieure se couvre de bonnes granulations et au bout d'une semaine de traitement une cicatrice rosée couvrait la surface ulcérée. Les douleurs abdominales, qui étaient très fortes, lorsque la malade entra à la clinique, se sont calmées, elle dort la nuit; son état moral est bon. Cet état, relativement assez satisfaisant, dure pendant un mois, mais au bout de ce temps des troubles digestifs surviennent; les vomissements, diarrhée forte, difficile à combattre, l'épuisent.

Après quelques alternatives de bien et de mal, la malade tombe dans un marasme profond et meurt tranquillement, presque sans agonie, deux mois après sa deuxième entrée à la Maternité.

OBSERVATION N° 3

Epithélioma du col. — Raclage. — Térébène. — Amélioration notable.

Clarisse T., 54 ans, ménagère, entrée le 21 décembre 1887 à la Maternité. Pas d'antécédents héréditaires. Ré-

glée à 13 ans. Menstruation régulière. Mariée à l'âge de 22 ans, deux enfants à terme, accouchements normaux. En 1882, elle commence à perdre en rouge ; ces pertes durent six mois et s'arrêtent. En 1885, les pertes rouges recommencent, et cette fois elles durent tout le temps, jusqu'à l'entrée de la malade à la Maternité.

Status. — Femme de grande taille, pas amaigrie, avec un certain embonpoint. Très sujette aux constipations. Au palper abdominal on trouve un fort ballonnement des intestins; l'utérus, à l'examen bimanuel, paraît augmenter de volume, déborde l'os pubien. Au toucher, on sent au fond du vagin une tumeur mamelonnée, dure.

L'examen avec le speculum démontre la complète destruction du col; à sa place on voit une masse bourgeonnante, saignante, qui ferme l'entrée dans le canal utérin; les culs-de-sac sont infiltrés. Les pertes sont abondantes, fétides.

Le 28 décembre, on procède à un raclage des bourgeons du canal utérin et du fond du vagin, avec la curette de Récamier. On applique un pansement au térébène immédiatement après. Depuis ce temps, pansements réguliers chaque deux jours. Il lui survient une amélioration notable : pertes diminuées, couleur claire, pas d'odeur fétide. Etat général excellent. Le 21 janvier, la malade, se trouvant très bien, désire se rendre chez elle; on lui ôte les tampons et elle s'en va à son domicile. Pendant un temps court, elle a des pertes minimes et reste sans traitement ; mais, les pertes ayant augmentés, elle commence à se rendre de temps en temps à la clinique, pour se faire panser. Dès le commencement elle venait chaque deux semaines, et, à la suite, plus souvent. Tout le temps la malade se portait bien, faisait à pied la course à faire pour venir à la Maternité

depuis Fernex (8 kilom.) sans éprouver une grande fatigue. Chez elle, elle vaquait à ses occupations de ménagère; mais trois jours après une cautérisation avec l'acide chromique, qu'opère sur elle un médecin de la Ville, elle se rend le 5 avril 1888 à la Maternité, dans un état très grave : Fièvre 39,5°, soif intense, facies pâle, grippée, faiblesse, vertige; grandes lèvres augmentées de volume, très sensibles au toucher; dans la lèvre droite on sent une fluctuation manifeste, par la pression on fait sortir du pus.

Le vagin est rouge, douloureux, couvert d'escharres; l'utérus est très sensible à la pression.

Lavage antiseptique, enlèvement des escharres avec la curette autant que possible, ventouses scarifiées sur l'abdomen, pansement au térébène et compresses fraîches sur les grandes lèvres; sulfate de quinine à l'intérieur. Dès les premiers jours, les phénomènes inflammatoires locaux se sont un peu calmés, mais la fièvre persistait, langue chargée, vomissements, anorexie.

Cet état de choses dure à peu près une huitaine de jours; ce temps passé, l'état de la malade commence à s'améliorer chaque jour; la fièvre tombe, l'appétit revient.

Le 28 avril, pendant la nuit, il lui survient une forte hémorragie, qui est arrêtée par un tamponnement; cette perte se renouvelle le lendemain, nouveau tamponnement. Depuis ce temps, pas de pertes sanguines, des pertes jaunâtres en petite quantité, sans fétidité, l'état général s'améliore toujours et, le 30 avril, la malade quitte le lit, se promène. A l'examen avec le spéculum, on constate que l'ulcération, au fond du vagin, présentant la forme d'un entonnoir, dont le sommet se dirige vers la cavité utérine, a un très joli aspect, elle est couverte de granulations qu'on

dirait saines; le vagin ne présente plus de symptômes inflammatoires.

L'amélioration marche à grands pas et, le 20 mai, la malade se rend chez elle. Pendant tout le temps de son séjour à la Maternité, on lui faisait régulièrement des pansements au térébène, elle prenait aussi du térébène à l'intérieur : 10 gouttes d'une solution éthérée au $^1/_{10}$, 3 fois par jour. Pendant les mois de juin, juillet et la moitié d'août, elle venait deux fois par semaine se faire panser à la Maternité ; outre ça, elle prenait des injections d'eau térébénée à la maison. Son état était très bon, elle travaillait même trop ; seules les constipations opiniâtres la tourmentaient. Depuis le milieu du mois d'août la malade est perdue de vue.

OBSERVATION N° 4

Cancroïde du col à marche rapide. — Cachexie. — Térébène. — Amélioration de très courte durée.

Jeannette C., 56 ans, entrée le 20 mars 1888 à la Maternité.

Il y a huit mois, la malade a remarqué qu'elle perdait du sang et surtout un liquide jaunâtre en abondance et d'une fétidité extrême ; en même temps est survenue une faiblesse, un dégoût pour la nourriture, surtout pour la viande, des maux de cœur, des vomissements.

Status. — Femme petite, maigre, très cachectique, teint de la face jaune paille ; faiblesse extrême, nausées, vomissements, douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les cuisses.

A l'examen des organes génitaux on constate que l'uté-

rus n'est pas augmenté de volume, mais immobile; les parois du vagin, dans leur moitié supérieure, sont couvertes d'excroissances dures en forme de choux-fleurs, ces excroissances envahissent les culs-de-sac, ainsi que l'endroit où doit se trouver le col; ce dernier n'a pas de forme distincte, il est remplacé par une masse anfractueuse, sale, saignante. Du vagin il s'écoule un liquide sanguinolent, d'une odeur extrêmement fétide.

La malade est soumise dès son entrée au traitement par le térébène: pansements, injections intravaginales de 25 grammes de térébène chaque deux jours. Diminution des pertes et de leur fétidité, mais l'état général est déplorable: vomissements incoercibles, diarrhée, faiblesse croissante.

On administre du képhir, degré moyen, pour arrêter les vomissements; l'action est presque immédiate et, dès le lendemain, la malade se sent beaucoup mieux; les vomissements et la diarrhée cessent; les douleurs abdominales calmées, la malade dort la nuit. Cette amélioration de l'état général dure une dizaine de jours. Quant aux symptômes locaux on trouve toujours une diminution de la quantité des pertes et de leur fétidité, mais les végétations cancéreuses, se trouvant au fond du vagin, saignent au moindre contact et semblent augmenter. Raclage de ces fongosités à la curette de Récamier; l'effet de l'opération est manifeste: l'écoulement diminue beaucoup, ainsi que la fétidité, pas d'hémorragie. Une série de jours de bien-être relatif, qui est interrompu par des troubles digestifs, une faiblesse extrême à la suite, œdème des extrêmités inférieures, somnolence. L'état général réagit sur l'état local et le néoplasme se développe avec une vitesse extrême. Pourtant, il survient en-

core une amélioration durant une huitaine de jours, pendant lesquels les vomissements cessent, la malade est moins abattue, les pertes fétides diminuent. Cet état est remplacé par une nouvelle aggravation : la malade est ramenée chez ses parents le 5 mai et meurt au bout de quelques jours.

OBSERVATION N° 5

Honorine F., 36 ans, ménagère, entrée le 2 juin 1888 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires ; fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans, rougeole à 9 ans ; maladie des yeux jusqu'à l'apparition des règles, qui ont fait disparaître cette affection. Réglée à 18 ans, menstruation douloureuse, abondante (durée 7-8 jours), apparaissant toutes les trois semaines. Mariée à 19 ans ; 10 enfants nés vivants ; la plupart étaient allaités par la mère ; accouchements normaux, suites de couches bonnes, sauf la dernière. Bientôt après survient une forte fièvre, de l'oppression, de la toux. Pendant trois semaines la malade gardait le lit, et pendant trois mois elle se sentait indisposée. Après le dixième enfant elle avait des pertes sanguines pendant six semaines; ces pertes sont devenues roses et se sont arrêtées au bout de 2 à 3 mois.

Une année après le dixième accouchement, la malade est devenue de nouveau enceinte ; cette fois-ci la grossesse était très pénible : la malade ressentait des maux dans le bas-ventre, dans le sacrum et la cuisse gauche. Les premiers mois de la grossesse, la malade perdait au moment des époques un liquide rose ; cet écoulement ne reparaît

pas au moment des époques des mois suivants. Au sixième mois de la grossesse, la malade, à la suite d'un effort, ressentit une forte douleur dans le bas-ventre et aux reins ; elle quitte l'ouvrage et le même jour, en faisant son souper, elle est prise d'un fort frisson, d'un claquement de dents ; le frisson dure toute la nuit et se calme vers le matin ainsi que la douleur ; la nuit, la malade perd un caillot, et pendant toute la journée suivante, elle perd du sang. La fausse-couche a lieu à 11 heures du soir. Le placenta reste jusqu'au lendemain matin ; quand le placenta apparut à la vulve, la malade l'a tiré avec ses mains en dehors ; hémorragie considérable pendant quelques jours et, ensuite, la malade perd un liquide sanguin, sale, mêlé de grumeaux et de caillots. Deux semaines après la fausse-couche, la malade se lève, mais au bout de trois jours elle est obligée de se recoucher, à cause de fortes douleurs dans l'abdomen ; elle reste longtemps au lit ; au mois de mars survient une forte hémorragie qui dure trois jours ; en même temps, vomissements, syncopes. Les grandes pertes s'étant arrêtées, la malade continue toujours à perdre un liquide sale, avec grumeaux ; cet état de choses dure jusqu'à l'entrée de la malade à la Maternité.

Status. — Femme très maigre, cachectique, teint de la face jaune paille, constipations habituelles, vomissements bilieux. Pouls, respiration fébriles, t° 38,5-39°. Douleurs intenses dans les lombes, sacrum et la cuisse gauche, pertes abondantes d'un liquide sale, brunâtre, mêlé de grumeaux, fétidité extrême.

Au palper abdominal on ne trouve rien de particulier. A l'examen bimanuel on trouve que l'utérus est augmenté de volume ; à la place du col on a une masse dure, résistante,

anfractueuse, ulcérée, ces masses couvrent les culs-de-sac et empiètent sur la paroi de la vessie.

Au spéculum on voit la masse ulcérée couverte de membranes très sales. Ganglions de l'aine augmentés de volume et d'une consistance dure. Vessie très distendue, l'urine sort en petite quantité, la malade ne la vide jamais complètement. Il faut recourir au cathéthérisme.

Dès le premier jour, pansement au térébène et lavage antiseptique, ce qui diminue notablement la fétidité et la quantité des pertes. Le 5 juin, on fait une abrasion des fongosités avec la curette de Récamier. Pansement au térébène après le raclage.

Les premiers jours après l'opération, la malade ressent une grande faiblesse, une forte agitation pendant la nuit; mais, le 8 juin, la fièvre tombe, l'état général commence à s'améliorer, l'appétit, les forces reviennent; les pertes ont notablement diminué et ne sont pas fétides. Pansements au térébène tous les deux jours, fer, vin de quinquina à l'intérieur.

Quelques troubles digestifs interrompent le bien-être de la malade, on les combat par la potion de Riviéri et surtout par le képhir; les forces augmentent et, trois semaines après l'opération, la malade commence à se lever, à sortir dans le jardin.

Les pertes vont en diminuant, la fétidité est nulle, la cavité, formée par le raclage, se rétrécit; des bords, semble commencer une cicatrisation; les douleurs abdominales ont notablement diminué. Cet état de choses dure pendant les mois de juin et juillet, et, le 19 de ce mois, la malade se croyant presque guérie, retourne à son domicile. Elle reste trois semaines sans traitement, son état s'aggrave et elle retourne le 15 août à la Maternité.

Le processus morbide a fait du progrès pendant le temps qu'elle est restée sans traitement : on remarque une répullulation de masses cancéreuses sur la plaie raclée, l'infiltration s'est étendue du côté de la vessie, les parois du vagin qui étaient intactes avant le départ de la malade, sont légèrement attaquées. La surface de l'ulcération est sale. Pansement au térébène. Injections intraparenchymateuses d'une solution alcoolique de térébène au $^1/_5$, deux seringues de Pravaz chaque deux jours.

Il survient bientôt une amélioration locale notable: l'ulcération prend un joli aspect, propre ; la fétidité et les pertes diminuent, l'état général s'améliore aussi ; mais ce changement heureux dans l'état général ne dure pas longtemps : il survient une diarrhée contre laquelle plusieurs remèdes (bismuth, nitrate d'argent, décoction de Sydenham) échouent ; cette diarrhée passe pendant 2-3 jours et revient avec une force plus grande. Le processus morbide fait du progrès; phlébite dans la cuisse gauche, avec endolorissement des ganglions du plie de l'aine ; les téguments abdominaux deviennent tendus, le péritoine s'épaissit de plus en plus, etc. La vessie est prise de plus en plus, car le catheter s'introduit difficilement. Mais, en même temps, on remarque que l'ulcération au fond du vagin, qui se trouve sous l'influence immédiate du traitement par le térébène, conserve un joli aspect, net.

Au commencement de septembre, la malade commence à perdre de l'urine par le vagin.

L'examen démontre qu'on a affaire à une fistule vésico-utérine. Malgré cela il survient encore une amélioration dans l'état de la malade, qui dure une quinzaine de jours ; la malade sort dans la cour, mange mieux, se repose un

peu la nuit; mais, après cette amélioration, l'état s'aggrave, la fièvre s'allume, dans la bouche apparaissent des aphtes et, après trois jours, la malade meurt presque sans agonie. Le jour de la mort même elle était remplie d'espérance d'une amélioration.

OBSERVATION N° 6

Euphranie B., 63 ans, repasseuse, entrée le 7 mai 1888 à la Maternité.

Pas d'antécédents héréditaires ; pas de maladies de l'enfance ; fièvre typhoïde à 20 ans ; réglée à 14 ans, menstruation régulière, sans douleur. Célibataire. Ménaupause à l'âge de 49 ans, sans troubles de la santé. Bien portante jusqu'à l'âge de 58 ans, depuis cette époque, maux de tête, étourdissements, vertiges.

Au mois de juillet 1887, à l'âge de 62 ans, elle commence à perdre du sang en petite quantité, cela dure jusqu'au mois de décembre de la même année ; c'est alors qu'elle s'adresse à un médecin de son pays (Savoie), M. le Dr Piachot, qui lui fait une ablation du col ; l'écoulement s'arrête pour deux mois et réapparaît même avec plus d'intensité. Le Dr Piachot prescrit l'ergotine à l'intérieur et des injections au sublimé ; mais ce traitement n'étant pas efficace, la malade arrive à Genève et entre à la Maternité.

Raclage de la cavité utérine avec la curette de Récamier. Injection de quelques gouttes de térébène dans la cavité ; depuis ce temps, lavage antiseptique (sub. 1 : 1000) chaque deux jours et injections de térébène dans l'utérus.

Amélioration notable au point de vue des pertes et de la santé générale. La malade reste trois semaines à la Mater-

nité et se rend chez elle au commencement du mois d'août 1888. Depuis lors la malade n'a pas été revue.

L'examen microscopique des masses enlevées de l'utérus par le curettage, démontre un sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION N° 7

Mme G., 36 ans, entrée le 30 juillet 1888 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires. Menstruation régulière, pas abondante. Bonne santé antérieure. Il y a trois ans, affection mentale qui nécessite son entrée aux Vernets ; elle en sort parfaitement guérie.

Au mois d'avril 1888, la malade a ressenti des douleurs dans les reins, qui la prenaient subitement, lorsqu'elle avait marché quelque peu. Assise ou couchée elle ne ressentait rien.

La malade s'adresse au Dr L. qui, prenant les douleurs accusées par la malade pour des douleurs rhumatismales, lui place des ventouses sèches dans la région des lombes. La malade éprouve un soulagement passager.

Quelques semaines plus tard, elle s'aperçoit qu'elle perd du sang en dehors des époques. Ces pertes rouges qui, au début, n'apparaissaient que toutes les semaines pour un temps court, se rapprochèrent jusqu'à apparaître tous les jours et même plusieurs fois par jour ; ces pertes n'ont jamais été continues. Entre les pertes sanguines la malade avait des pertes blanches qui avaient une odeur fétide. Cet état de choses dure jusqu'à ce que la malade s'adresse aux soins de M. le professeur Vaucher.

Status. — Femme de grande taille, d'une forte constitution, avec un embonpoint très développé.

Le palper abdominal ne donne rien de particulier ; l'examen bimanuel démontre que l'utérus n'est pas augmenté de volume, il conserve encore une certaine mobilité ; le col est remplacé par une masse fongueuse, anfractueuse, qui empiète sur les culs-de-sac latéraux gauche et postérieur. Les fongosités saignent facilement. A l'examen au spéculum, on constate qu'elles sont d'une couleur gris-sale. L'examen s'est fait pendant que la malade était éthérisée.

Lavage antiseptique, abrasion des fongosités avec la curette de Récamier. Quelques fers rouges sont éteints sur la surface raclée ; chaque cautérisation est suivie d'une injection antiseptique froide. Pansement aux tampons de térébène. Suites opératoires bonnes. L'ulcération se nettoie peu à peu des escharres produits par le fer rouge.

Au bout de deux semaines la malade quitte la Maternité. Depuis ce temps, Mme G. vient deux fois par semaine se faire panser à la Maternité ; à la maison elle prend des injections d'eau térébénée. Elle se sent très bien, pertes presque nulles, pas de fétidité. Très bon état général. Depuis le mois de septembre, cette malade n'a pas été revue.

OBSERVATION N° 8

Anna Ch., 42 ans, entrée le 4 août 1888 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à l'âge de 14 ans ; menstruation régulière mais abondante, jamais douloureuse. Scarlatine à l'âge de 16 ans. Mariée à 21 ans ; trois

enfants, le dernier à l'âge de 36 ans. Accouchement laborieux ; bonnes suites ; pas de fausses-couches.

Au mois de juin 1884, la malade eut des hémorragies ; elle ne ressentait jamais de douleurs ; quelques mois après, elle consulte le Dr B., de Nyon : il fait un raclage et des injections ; la malade se porte assez bien jusqu'au mois de mai 1887. A cette époque, les règles deviennent plus fréquentes. Toujours pas de douleurs. Le Dr B. examine la malade au mois de septembre, et fait un raclage au mois de mai 1888. Malgré cette intervention, la malade perd toujours un liquide rose en abondance, ce qui force la malade d'entrer à la Maternité le 4 août 1888. Dilatation préliminaire avec un fagot de laminarias et, ensuite, dilatation par le tamponnement progressif de M. Vulliet. La malade supporte bien la dilatation. On l'arrête une fois qu'elle est suffisamment grande pour permettre un examen précis de l'état des cavités du col et du corps de l'utérus. Les fongosités cancéreuses couvrent les parois du canal cervical, mais la muqueuse utérine ne semble pas être attaquée. Les lèvres du col ainsi que les culs-de-sac sont complètement envahis par le néoplasme. L'utérus présente une mobilité limitée; du néoplasme suinte un liquide sanguinolent très fétide.

L'examen microscopique démontre un épithélioma cylindrique.

Le 15 août, on fait un raclage du néoplasme, quelques fers rouges sont éteints sur la plaie et on applique un pansement au térébène. Réaction fébrile assez intense, 39°-39,5° ; en même temps, douleurs dans le bas-ventre.

Le facies est souffrant et amaigri, teint jaunâtre. Mais tous ces symptômes pelvi-péritonitiques cèdent au traite-

ment : repos, ventouses scarifiées, friction de l'abdomen avec des pommades mercurielles et belladonées, lavements laudanisés, injections d'eau térébénée. Le 1er septembre, la malade ayant encore quelques pertes sanguines, on fait encore un raclage et un pansement de térébène, immédiatement après. La malade se porte bien depuis ce temps. L'appétit, les forces reviennent, elle commence à se lever ; les pertes sont minimes, la fétidité nulle. Pansement au térébène chaque deux jours. La malade quitte la Maternité au commencement d'octobre dans un état très satisfaisant. On ne l'a pas revue depuis ce temps.

OBSERVATION N° 9

Madeleine H., 55 ans, marchande, entrée le 10 novembre 1888 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans, menstruation régulière, mais abondante. Bien portante, forte. Premier enfant à l'âge de 23 ans, depuis ce temps, accouchements fréquents : dans l'espace de cinq années quatre enfants. Dernier enfant né en 1861. Pas de fausse-couche. Jusqu'à l'âge de 48 ans, menstruation régulière, depuis cette époque, elle devient irrégulière : disparaît pour deux, trois, six mois et reparaît. A 50 ans, disparition complète des règles. Bien portante jusqu'au mois d'août 1887, c'est-à-dire à l'âge de 54 ans. A cette époque, la malade remarque qu'elle perd du sang; ces pertes n'étaient pas continues, mais arrivaient assez régulièrement chaque 2-3 semaines. Depuis le mois de décembre 1887 elles sont devenues jaunes et assez abondantes ; en même temps, la malade commence à ressentir des douleurs lombaires assez intenses. Malgré

tout la malade ne se soigne pas, vaque à ses occupations, en éprouvant une grande fatigue. C'est seulement au mois de septembre 1888 qu'elle s'adresse à M. le Dr Fontanel, qui lui conseille d'entrer à la Maternité. La malade reste encore chez elle, sans soins, pendant deux mois, mais son état empirant, elle rentre à la Maternité le 13 novembre 1888.

Status. — Femme de petite taille, très anémique, mais avec un certain embonpoint, se plaint de douleurs dans les reins et la cuisse gauche, douleurs aigues, rarement continues ; augmentent pendant la nuit. Pertes de couleur jus de viande, abondantes et très fétides. Pas d'appétit.

Au palper abdominal, on ne trouve rien de particulier. L'examen bimanuel démontre que l'utérus est légèrement augmenté de volume, sa mobilité est limitée. A la place du col on trouve une vaste ulcération végétante, se dirigeant dans le canal cervical, à forme conique avec sommet dirigé en haut; le pourtour de l'ulcération se présente en forme d'un bourrelet dur ; les culs-de-sac antérieurs et latéraux droits sont intacts, mais, en arrière et à gauche, on sent une infiltration nette. La surface de l'ulcération est sale, saignante. Pas de trouble, ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

Dès son entrée, la malade est soumise au traitement par le térébène. Injection intra-utérine de térébène mélangé avec l'huile d'olive, parties égales ; application de tampons de térébène sur l'ulcération, se trouvant au fond du vagin.

Dès le commencement du traitement on observe une grande amélioration. L'ulcération au fond du vagin prend un aspect propre, se débarrasse de parcelles gangreneuses

et se couvre de bourgeons ayant un caractère de bonne nature ; la fétidité des pertes disparaît, la quantité diminue notablement. L'état général est bon : bon appétit, sommeil sans narcotiques, douleurs calmées.

Cet état de choses dure pendant trois semaines et s'interrompt par une fièvre infectieuse : frissons multiples, élévation de la température jusqu'à 39°-39,5°, langue chargée; en même temps, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, mais ces douleurs passent au bout d'une journée, sous l'influence de la glace, appliquée sur l'abdomen.

Trois jours après, survient un point du côté gauche de la poitrine, qui s'exaspère quand la malade veut faire une respiration profonde. A l'examen de la poitrine on trouve une légère matité, en même temps, le bruit vésiculaire est plus faible que du côté opposé. Pas de souffle, ni râle. Ventouses scarifiées, frictions iodées. Les phénomènes passent au bout de quelques jours ; en même temps, la fièvre diminue, et il y a presque rémission complète le matin ; mais la malade se plaint de douleurs au bras droit, à la région du coude : à l'examen on constate que le bras au-dessus du coude est augmenté de volume, il est rouge et chaud, dans un endroit limité on sent une fluctuation encore peu distincte ; la fluctuation devient toujours plus évidente et il se forme un abcès qui est ouvert et drainé. Pansement antiseptique. Le bras droit guérit, mais un autre abcès se forme à l'autre bras à la place symétrique. Même évolution, même traitement. Guérison.

L'état de la malade s'améliore, la langue devient humide, rose, l'appétit revient, le sommeil aussi ; elle se lève, se promène dans la chambre, mais la fièvre du soir (38°-38,5) persiste jusqu'à la fin du mois de décembre. Dès lors elle

tombe définitivement et l'état de la malade s'améliore. Pendant tout ce temps les pansements au térébène étaient faits régulièrement, les pertes se tenaient au minimum ainsi que la fétidité. Le même traitement lui est appliqué à la Maternité où elle reste encore dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION N° 10

Rédigée par M. le Docteur Fontanel.

Marie B., 47 ans, entrée le 11 octobre 1884 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 16 ans; menstruation toujours régulière. Pas de maladies antérieures. Mariée à 21 ans, un enfant; bonne couche, bien réussie; En 1880, elle fait une chute dans un escalier au moment des règles, qui s'arrêtent; maux de reins, mais pas de douleurs dans le bas-ventre.

Depuis cette chute la malade n'a pas été bien; elle a surtout souffert de maux d'estomac, la moindre pression dans cette région lui était insupportable. Les règles sont revenues six mois après la chute et ont disparu encore pour trois mois. Dès ce moment commencent des hémorragies assez fortes.

La malade se rend à la policlinique, où on lui ordonne des injections et du perchlorure de fer à l'intérieur.

Pendant 18 mois les hémorragies se répètent 2-4 fois par mois, et obligent la malade de rester presque constamment au lit. Elle entre en 1882 à la Maternité où on lui fait des tamponnements de temps en temps, quand les hémorragies sont très fortes.

Après 16 jours de séjour à la Maternité, la malade se rend chez elle, les hémorragies continuent, des douleurs dans le bas-ventre apparaissent; la maigreur, la perte des forces s'exagèrent.

Rentre de nouveau le 29 mai 1883 à la Maternité. Le processus morbide étant trop avancé, il n'y a pas à songer au traitement curatif; le traitement palliatif est seul possible. La malade est soumise, dès sa deuxième entrée à la Maternité, au traitement par le térébène: pansements réguliers, chaque deux jours. Amélioration notable: les hémorragies s'arrêtent, la fétidité des pertes disparaît, état général bon, bon appétit, sommeil sans recours aux narcotiques, douleurs calmées; le 12 juillet de la même année (1883), la malade sort de la Maternité et vient se faire panser régulièrement deux fois par semaine, pendant une année. Pendant tout ce temps, état très satisfaisant. La malade ne revient plus.

OBSERVATION N° 11

Cancer noueux du col. — Térébène.

Françoise F., 52 ans, ménagère, entrée le 26 mars 1888 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à l'âge de 12 ans, menstruation régulière, apparaissant chaque trois semaines sans douleurs et peu abondantes.

Mariée à l'âge de 30 ans; quatre accouchements à terme; suite des couches bonnes; enfants morts en bas âge de maladies aiguës. Ménaupause à 50 ans sans aucun trouble de la santé.

Pendant une année, la malade ne perd pas une goutte de

sang ; depuis lors elle commence à perdre du sang en petite quantité, de temps en temps ; les pertes sanguines sont assez vite remplacées par des pertes jaunâtres d'une odeur fétide ; en même temps, surviennent des troubles du côté de la vessie : envies fréquentes d'uriner, l'urine sort par petites quantités, elle est rouge, chargée. La malade s'adresse à un pharmacien qui lui donne des potions la soulageant un peu ; enfin, au mois de février 1888, elle entre à l'Hôpital Butigny où elle reste 12 jours, de là, elle est envoyée à la Maternité.

Status. — Femme de petite taille, très anémique, très maigre, couleur de la face jaune paille. Grande faiblesse, se plaint de maux de reins, de picottements dans les jambes et cuisses, de pesanteur dans le bas-ventre. Elle urine peu mais souvent, et éprouve pendant la miction des douleurs brûlantes ; rarement des diarrhées, constipation habituelle. Anorexie, insomnie, irritabilité nerveuse extrême.

Au palper abdominal rien de particulier. Le toucher et le spéculum démontrent ce qui suit : le col est augmenté de volume, dur, rugueux ; les culs-de-sac vaginaux postérieur et latéral droit ne présentent rien d'anormal, l'antérieur et le latéral gauche sont complètement envahis par une masse dure, rugueuse, inégale. Le col est en partie couvert d'une ulcération peu profonde, irrégulière et d'aspect sale. L'utérus est augmenté de volume, il est complètement immobile. Pertes abondantes et fétides. Douleurs atroces dans les cuisses, grandes lèvres et le bas-ventre.

Dès son entrée à la Maternité, la malade est soumise au traitement par le térébène. Pansements réguliers chaque deux jours, térébène à l'intérieur, 10-15 gouttes d'une so-

lution alcoolique au $^1/_5$; en même temps, je lui faisais des lavages boriqués de la vessie.

Presque dès le début du traitement, on observe une grande amélioration au point de vue de l'état général, ainsi que du côté des symptômes locaux ; la malade dort sans narcotiques, mange, se sent plus forte. Les pertes sont minimes, non fétides, les douleurs sont calmées, le processus morbide semble rester stationnaire pendant les premiers mois de séjour à la Maternité.

Depuis cette amélioration, nous remarquons des alternatives de bien et de mal au point de vue de l'état général : pendant une semaine à peu près la malade maigrit visiblement, perd les forces, a de l'inappetance, des constipations opiniâtres, des crampes excessivement douloureuses dans les extrémités inférieures qui rendent la marche impossible. Cet état passe, et il survient une amélioration notable. Malgré ces variations dans l'état général, les symptômes locaux présentent une amélioration continue ; pertes roses en quantité minime sans odeur, l'ulcération qui se trouve au fond du vagin n'augmente presque pas, sa surface est très propre, couverte de granulations de bonne nature, l'infiltration ne semble pas augmenter du côté du vagin. L'urine sort librement, dans la plupart des cas sans douleur.

L'état stationnaire du processus morbide dure jusqu'à la fin du mois de mai, et seulement à cette époque, l'examen démontre que la lèvre postérieure du col fait une saillie dans le vagin, l'étendue de l'ulcération a aussi augmenté, l'infiltration cancéreuse ne paraît pas progresser du côté de la vessie.

Le 24 mai, je fais une injection de deux seringues de

Pravaz, d'une solution éthérée de térébène au $^1/_{10}$ dans la masse carcinomateuse du col. La malade se sent un peu agitée après l'injection, mais cette agitation passe assez vite ; elle ne perd pas du sang, ne manifeste pas de douleur. Les injections intraparenchymateuses sont pratiquées tous les trois ou quatre jours pendant les mois de juin et juillet.

L'état général pendant ce temps était relativement très satisfaisant ; elle se plaint moins de douleurs, bon appétit, dort la nuit ; les pertes sont presque nulles, les nodosités cancéreuses n'augmentent pas. De temps et temps, coliques, ténesmes, mais ça passe et l'état satisfaisant prédomine.

Depuis le milieu du mois d'août, l'état de la malade commence de nouveau à empirer ; la constipation alterne avec la diarrhée, tenesme, inappetance, de temps en temps, vomissements, sensation de pesanteur et de plénitude de l'estomac ; la faiblesse, l'amaigrissement progressent ; en même temps, on remarque un fort abattement et un état somnolent ; mais on ne trouve point d'œdème des extrèmités inférieures, ni de l'albumine dans l'urine. Les pertes et la fétidité sont toujours à leur minimum, mais les excroissances cancéreuses augmentent, fusent de tous les côtés : les culs-de-sac, les ligaments larges, le vagin s'envahissent ; la malade ne se plaint pas de douleurs, mais seulement d'une extrême faiblesse, autrement, selon son expression, « elle est très bien. » Cet état dure jusqu'à la fin de septembre 1888. Le 18 de ce mois, elle meurt, sans souffrances, sans agonie.

A l'*autopsie*, on trouve l'atrésie de l'orifice interne du col, cavité du corps et parois normaux, mais les tissus entourant l'organe sont infiltrés par les nodosités cancéreu-

ses. Le col, les culs-de-sac et la partie supérieure du vagin sont transformés en une vaste ulcération, qui file loin dans la profondeur du cul-de-sac postérieur, la cloison recto-vaginale est très mince et détruite en partie par l'ulcération.

OBSERVATION N° 12

Epithéliome cylindrique du col.

Aseline A., 42 ans, tailleuse, entrée le 6 août 1888 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires ; fièvre intermittente pendant une année à l'âge de 10 ans ; réglée à 14 ans, menstruation régulière, pas abondante. Mariée à l'âge de 27 ans, fausse-couche de 5 mois, bien rétablie après la fausse-couche, mais pertes blanches depuis ce temps. Mari mort, 18 mois après le mariage, de la tuberculose pulmonaire. Remariée à l'âge de 31 ans, pas d'enfants ni fausses-couches. Menstruation régulière jusqu'au mois de mars 1888. A l'âge de 30 ans, la malade était atteinte d'une maladie, dont les symptômes, selon la malade, consistaient en fortes douleurs dans les fosses iliaques, fortes hémorragies. On lui a fait plusieurs tamponnements et on lui a mis de la glace sur l'abdomen ; elle resta deux mois au lit, mais elle s'est bien rétablie après.

Au commencement du mois de mars 1888, la malade a commencé à perdre du sang en dehors des époques ; ces pertes, fréquentes et abondantes, l'affaiblissaient ; plus tard elles sont devenues moins abondantes, mais continues, et s'aggravaient pendant les époques. Les pertes étaient, dès le début, fétides. Au mois de juillet 1888, la malade se rend à la polyclinique, d'où elle est envoyée à la Maternité.

Status. — Femme de taille moyenne, bien conformée,

conserve encore un certain embonpoint, teint pâle de la face. Sujette aux constipations opiniâtres. Langue chargée, mais pas d'anorexie.

A l'examen, on trouve le col augmenté de volume et présentant une vaste et profonde ulcération végétante ; autour de l'ulcération, on sent un espèce de bourrelet très induré; les bords de l'ulcération sont inégaux, déchiquetés ; elle présente la forme d'un entonnoir, dont le sommet se dirige vers l'orifice interne du canal cervical, sa surface est sale, saignante, couverte de membranes gangreneuses. Les culs-de-sac latéral droit et postérieur sont libres ; l'antérieur et le latéral gauche sont envahis par les végétations cancéreuses. Le corps n'est pas augmenté de volume, non plus la cavité, mais la mobilité de l'utérus est très limitée. Pertes jaunes, très abondantes et fétides.

Le 8 août, on fait un raclage avec la curette de Récamier; immédiatement après on applique un pansement au térébène ; dès le début du traitement on remarque un changement dans la qualité des pertes; elles cessent d'être fétides ; la quantité reste la même pendant quelques jours, et diminue ensuite; l'ulcération qui présentait un aspect sale les premiers jours après le raclage, se nettoie complètement sous l'influence des pansements ; le 16 août, on fait une injection intraparenchymateuse d'une seringue de Pravaz, d'une solution éthérée de térébène au $^1/_{10}$; la malade supporte bien l'injection. L'état général ainsi que l'état local étant amélioré, elle retourne à son domicile le 21 août, en revenant se faire panser le 23 à la Maternité. Mais, une fois rentrée dans sa maison, les pertes sanguines recommencent, vers la nuit hémorragies profuses, en même temps, rétention d'urine qui donne lieu à une forte angoisse.

Après le sondage, la malade est soulagée; l'hémorragie s'arrête complètement le lendemain.

Pansements au térébène chaque deux jours. Etat général satisfaisant; pertes sanguines nulles, pertes rosées en quantités minimes et non fétides. Ce qui tourmente la malade ce sont les constipations opiniâtres.

Le 1er septembre, après avoir été assise longtemps dans le jardin par un temps humide, la malade est prise de frissons, la fièvre s'élève jusqu'à 39,3°; sensation d'oppression et de douleurs en ceinture, tiraillement dans le bas-ventre, l'abdomen devient sensible au toucher; le lendemain, surviennent des vomissements; la malade est toujours oppressée, très faible, facies anxieux, fièvre. On applique des ventouses scarifiées sur le bas-ventre, de la quinine à l'intérieur. La fièvre tombe, la sensibilité de l'abdomen diminue, les vomissements s'arrêtent, légère diarrhée. Pertes rosées en petite quantité et non fétides. Léger mouvement fébrile (38° le soir), jusqu'au 10 septembre, sensibilité de l'abdomen, constipation qui ne cède pas à de fortes doses d'huile de ricin, anorexie. Mais, depuis le milieu de septembre, la fièvre tombe tout à fait, la sensibilité de l'abdomen est très peu exagérée (à la palpation on sent le péritoine épaissi), l'état général s'améliore, l'appétit revient, les pertes sont minimales jusqu'au mois de janvier 1889; la malade se lève, se promène dans la chambre.

Pendant tout le temps de son séjour à la Maternité, elle fut soumise au traitement par le térébène. Au mois de janvier surviennent des douleurs paroxystiques, le matin, entre onze heures et midi, douleurs commençant, suivant la description de la malade, par les jambes et s'élevant dans les cuisses, l'abdomen, etc.; les douleurs sont très intenses,

se calment à peine par 1-2 injections de morphine; en même temps, les pertes augmentent, elles deviennent sanguines.

A l'examen, on constate que l'ulcération du col a augmenté, le col est complètement détruit, le canal cervical est rempli des fongosités anfractueuses, qui rendent impossible l'introduction de la sonde dans la cavité utérine; l'ulcération a un aspect propre, mais saigne facilement. Le 25 janvier, raclage, abrasion des fongosités avec la curette de Récamier, pansement au térébène, à la suite de quoi l'hémorragie s'arrête, les pertes jaunes diminuent, les douleurs se calment. L'état général est très satisfaisant pendant les mois suivants. La malade se trouve encore à la Maternité.

OBSERVATION N° 13

Rédigée par M. le Docteur Bétrix.

Amalie K., 50 ans, ménagère, entrée le 5 mai 1886 à la Maternité de Genève.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans, menstruation très régulière; elle dit avoir eu à 25 ans une péritonite localisée; à l'âge de 31 ans, un premier enfant; accouchement normal, mais elle se lève déjà le troisième jour après les couches, imprudence qui l'a faite souffrir pendant longtemps de maux de ventre et de vomissements.

Dès lors, assez bonne santé jusqu'au mois de mars 1885. Depuis deux ans les époques sont irrégulières; au commencement elles viennent tous les 2-3 mois, ensuite la malade reste 6-8 mois sans perdre.

Au mois de mars 1886, forte hémorragie, en même temps la malade ressent des douleurs dans le bas-ventre, elle consulte M. le Dr Lombard qui l'envoie à la Maternité.

A l'examen on trouve : le col presque détruit, une extension du processus morbide aux culs-de-sac, hémorragies au moindre toucher ; des masses végétantes remplissent le fond du vagin.

La malade est endormie par le chloroforme, on procède au raclage avec la curette ; après le raclage, application de tampons de sulfate de fer et de sang-dragon. Le lendemain, on ôte ce pansement, et après un lavage antiseptique, on le remplace par un pansement avec des tampons de térébène. Ces pansements se font régulièrement chaque deux jours, jusqu'au 23 mai 1886 ; la malade, dont l'état est très amélioré, se croit guérie et quitte la Maternité.

Elle reste sans traitement jusqu'au 29 juillet de la même année ; l'apparition de nouvelles pertes sanguines la force de revenir à la Maternité pour se faire examiner.

A l'examen, on trouve le col utérin largement ouvert, avec le doigt on peut poursuivre les végétations cancéreuses jusqu'à l'orifice interne et même plus haut. Raclage soigneux de la cavité du col et de l'utérus ; peu d'hémorragie, tampons de sulfate de fer et de coton phéniqué. Le lendemain, ce pansement est remplacé par des tampons de térébène. Pas de pertes sanguines, léger suintement jaunâtre. Le 4 août, la malade se sentant très bien, demande à sortir de la Maternité.

Au mois de septembre, fortes hémorragies. A l'examen, on constate que le col est devenu énorme, fait une saillie dans le vagin, il est largement ouvert et rempli de masses végétantes. Le 27 septembre, on fait un raclage, tout le col est enlevé, ainsi que les masses remplissant la cavité utérine ; des tampons de sulfate de fer sont appliqués immédiatement après le raclage. Le lendemain, cautérisation au

Pacquelin, et tampons iodoformés dans la cavité. Pas d'hémorragie, léger suintement rosé jusqu'à la fin de novembre; à cette époque, nouvelle répullulation des masses cancéreuses et nouvelles pertes sanguines. Le 13 novembre, raclage le plus complet possible et cautérisation à l'acide acétique, tamponnement. Le 20 et le 22 tamponnement au térébène et la malade retourne chez elle.

A la fin du mois de janvier, nouvelles hémorragies causées par des bourgeons multiples remplissant la cavité du col, les culs-de-sac. Le 20 janvier, on fait un raclage avec la curette de Récamier. Hémorragie abondante, tamponnement au perchlorure de fer et tampons de coton phéniqué pour remplir le vagin. Le lendemain, on enlève les tampons de perchlorure de fer qui sont adhérents à la surface raclée et donnent des caillots durs, difficiles à enlever ; on enlève le tout avec la curette, encore un peu d'hémorragie, qui s'arrête par un tamponnement ; le jour suivant, cautérisation de toute la surface cancéreuse à l'acide acétique glacial, tampons de térébène. La plaie se nettoie des escharres formés par la cautérisation ; au bout de quelques jours, elle présente un joli aspect, ne saigne pas au moindre contact. Pansements au térébène pendant une semaine, et la malade, dont l'état est très amélioré, quitte la Maternité le 30 novembre.

Pas de traitement jusqu'au mois de février 1886 ; le 20 de ce mois elle vient de nouveau à la Maternité, en se plaignant de nouvelles pertes de sang, peu abondantes, survenues les jours précédents. A l'examen, on trouve le col détruit par les raclages précédents, ne présentant pas de nouvelles végétations ; mais la cavité utérine est remplie de végétations carcinomateuses, lesquelles saignent très

facilement. Cautérisation à l'acide acétique glacial à deux reprises différentes; on laisse un tampon à demeure, par dessus lequel on continue à remplir le vagin de coton phéniqué pour exercer la compression; les tampons sont enlevés l'après-midi du même jour, car ils occasionnent des douleurs dans les reins ; l'hémorragie est complètement arrêtée. Pansement aux tampons de térébène chaque deux jours. La malade sort de la Maternité au bout d'une semaine, c'est-à-dire le 26 février 1887. Sept mois après, la malade revient à la Maternité dans un état de cachexie profonde, fort œdème des extrèmités inférieures, grande faiblesse, inappetance, vomissements bilieux, tenesme et diarrhées incoercibles. A l'examen, on ne trouve pas de nouvelles végétations ni dans la région du col et le vagin, ni dans la cavité utérine; point d'hémorragies, ni pertes sanieuses, mais on constate l'extension du processus morbide au péritoine et à tout le petit bassin, lequel est rempli de nodosités très dures, pierreuses, carcinomateuses. On administre des gargarismes astringeants, des potions de Ratanhia et d'ergotine, suppositoire d'extrait d'opium et chloral pour la nuit.

Poussées fébriles, délire dans la nuit, plus tard aussi dans la journée; enfin, coma, agonie longue et mort le 24 septembre 1887.

Cette observation nous frappe par la répullulation extrêmement rapide, relativement aux autres observations, des végétations cancéreuses après le raclage. A notre avis cela s'explique par le fait que, dans ce cas, le térébène ne fut pas du tout appliqué méthodiquement entre les raclages.

CONCLUSIONS

A) Le traitement du cancer utérin peut être curatif ou palliatif.

1° L'opération curative de choix est l'hystérectomie totale vaginale.

2° L'hystérectomie totale vaginale doit être pratiquée le plus tôt possible, même si le processus paraît être limité au col utérin.

4° Toutes les autres opérations ne peuvent être considérées autrement, que comme des opérations palliatives, car, en les pratiquant, on risque plus qu'après l'hystérectomie totale, d'avoir une récidive immédiate ou tardive.

B) Le traitement palliatif peut être chirurgical ou médical.

1° L'opération palliative de choix est le raclage ; facile à accomplir, elle peut être pratiquée par tous les praticiens, dans toutes les conditions ; en même temps, c'est une opération susceptible d'être complète, car elle donne la possibilité d'enlever les masses cancéreuses du col et du corps utérin.

2° Le traitement médical est symptomatique.

3° Parmi les subtances médicamenteuses proposées pour combattre les symptômes, le térébène a l'avantage d'agir sur tous les symptômes à la fois ; il combat :

a) L'hémorragie ;

b) La leucorrhée ;

c) La fétidité ;

d) Directement ou indirectement la douleur ;

e) Le térébène retarde le processus cancéreux sans l'arrêter ;

f) Comme conséquence logique de cette action symptomatique, nous pouvons conclure que le térébène, appliqué méthodiquement, prolonge la vie des malades.

La Faculté de Médecine de Genève autorise l'impression de la présente thèse, sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

Genève, le 18 Juin 1889.

Le Doyen par interim,

Dr prof. LASKOWSKY.